

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,
MANAGUA.
UNAN-MANAGUA**



**RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Medicina**

**Trabajo Monográfico para optar al Título de Doctor en
Medicina y Cirugía.**

TEMA

**"Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las
madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia
pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del
2016"**

AUTORES:

**BR. MARÍA ESPERANZA VÍLCHEZ MELÉNDEZ
BR. JEANETH PATRICIA REYES AYALA.**

TUTOR:

**DRA. CLAUDIA AMADOR
PEDIATRA. MSC. SALUD PÚBLICA.**

**Managua, Nicaragua
Febrero 2017**

*MED
348.242
V11
2017*

Essean

libro
Biblioteca Central "Salomón de
UNAN-Managua
Fecha de ingreso: 22/05/17
Comprado: Don. Fac. Med.
Precio: C\$ 96.780
Registro No. 96780

DEDICATORIA.

A mi madre, Ericka María Meléndez Guadamuz, por ser padre y madre para mí y mis hermanos, por ser esa preciosa luz que con amor guía mi camino hacia el bien. Un millón de gracias por hacer posible cada una de mis metas, gracias por confiar en mí y tenerme paciencia, gracias por siempre estar conmigo en las buenas y en las malas.

A ti que me das todo, sin pedir nada

A ti que dejas todo por mí

A ti que entregas todo por mí...

Gracias mamá.

Br. María Esperanza Vilchez Meléndez.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este periodo.

A mis padres por darme la vida, porque han entregado su tiempo, dedicación y amor incondicional durante toda mi vida para llevarnos a este punto en el presente, depositando toda su confianza en mi capacidad para triunfar en la vida. Es por ello que soy lo que soy en esta vida.

A mi esposo y a mi hijo por su apoyo incondicional en todo momento sin importar las circunstancia que se pasan en la vida.

Br. Jeaneth Patricia Reyes Ayala

AGRADECIMIENTO.

A Dios, nuestro padre santísimo, por darnos los conocimientos necesarios para poder culminar un paso más de nuestra carrera, por haber estado con nosotras en cada momento, dándonos las fuerzas necesarias para persistir y seguir adelante.

Agradecemos a nuestros padres y familiares, por brindarnos siempre su apoyo para seguir y lograr nuestras metas y sueños, por su comprensión durante todos estos largos años de estudios.

También agradecemos a la Dra. Claudia Amador, subdirectora docente del hospital Alemán Nicaragüense y tutora de este trabajo, por su orientación, seguimiento y supervisión constante de inicio a fin en la elaboración de este informe.

A nuestra Alma Mater, La Facultad de Ciencias Medicas de la UNAN-Managua por formarnos como los mejores profesionales para ser el futuro de nuestra patria.

Gracias.

OPINION DEL TUTOR.

Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra, desgraciadamente, el uso de los biberones continúa en muchos países. Las consecuencias más serias de este cambio del pecho al biberón se observan entre las familias pobres de África, Asia y América latina.

El presente estudio titulado: "Conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en noviembre del 2016", realizado por las **Brs. María Esperanza Vilchez Meléndez y Jeaneth Patricia Reyes Ayala**, recoge información actual y objetiva en las madres que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense, sobre el saber popular en la lactancia materna, que debe estar influido a través de la educación que las instituciones de salud proveen a la población, pero que también proviene del arraigo cultural, de esos conocimientos adquiridos mediante la experiencia personal, familiar o de la comunidad transmitidos de una generación a otra.

Si bien es cierto la lactancia materna es una práctica tan antigua como el ser humano mismo, la profunda transformación de la civilización humana traídos por el desarrollo de la ciencia y la tecnología, así como la inserción de la mujer al mercado laboral han traído como consecuencia el cambio en muchas practicas incluidas la lactancia materna.

Ha sido bastante difícil colocar la lactancia materna como una práctica esencial para el desarrollo óptimo de los niños. Se trata de proveer a las madres de las herramientas que nos da el conocimiento para que estén dispuestas (actitud) a aplicar (practica) a través del amamantamiento este conocimiento.

Este estudio refleja de manera clara el estado actual de estos conocimientos que nos motiva a continuar promoviendo la leche materna como el mejor alimento y sobre todo nos recuerda que aunque "mucho se ha hecho, falta mucho por hacer".

Finalmente quiero felicitarlas a ambas por el excelente trabajo monográfico realizado, agradecerle la confianza en mí depositada y principalmente por haber logrado culminar esta bella carrera de sacrificios, pero también de grandes satisfacciones.

Dra. Claudia Amador Arauz.

Pediatra, MSc. Salud Pública.

"Tibio amor con sabor a leche, te regalo mi alimento cultivado en el alma."
Claudia Farias.

RESUMEN.

Objetivo: Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal de los denominados estudios CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas) en el que se estudiaron 82 madres que acudieron al servicio de Emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense y que desearon participar en el estudio. Excluyéndose a las madres que no desean colaborar con el estudio, madres con niños mayores de 1 año de edad y madres que acuden a atención de urgencia. La fuente de información es primaria por medio de la elaboración de una encuesta, cuyo diseño está basado en el Manual de Estudios CAP la cual consta de cuatro acápite correspondientes a las variables planteadas en el estudio que corresponden a los datos generales y socio demográficos de la población en estudio, conocimiento, actitud y practica sobre lactancia materna. Se procedió a la tabulación de la información a través del programa Microsoft office Excel 2010 siendo sometidas a análisis de frecuencia y porcentaje, interpretando los resultados mediante tablas y gráficos.

Conclusiones: El grupo de edad de predominio fue 21-25 en un 36.59% (30), del sector urbano en el 85.37% (70) de los casos, el estado civil fue la unión libre con un 53.6% (44), las madres que cursaron la secundaria predominan con un 46.34% (38), la mayoría eran amas de casa en un 60.98% (50), en un 100% fueron partos institucionales y la mayoría tenían un solo hijo en un 48.78% (40). Un 54% tenía buen nivel de conocimientos y un 45.45% tenían deficientes conocimientos. El 70% tuvieron una actitud favorable y en un 30% fue desfavorable. En un 78.57% presentaron prácticas adecuadas y en un 21.43% son inadecuadas.

Recomendaciones: al hospital Implementar estrategias de salud en el área de emergencia, sugiriendo la siguiente: durante la consulta médica brindar una charla corta, de unos 3-5 minutos, en donde no solo se le explique a la madre la importancia de la lactancia materna sino que se indague sobre los Conocimientos, Actitudes y Prácticas que están teniendo y de ser erróneas explicar y convencer a las madres sobre lo que es correcto y que las autoridades mantengan una estrecha vigilancia del cumplimiento de dicha estrategia.

Palabras claves: lactancia materna, conocimientos, actitudes, prácticas, madres, lactantes.

ABSTRACT.

Objective: Identify the level of knowledge, attitudes and practices in breastfeeding of children under one year attending the pediatric emergency of the Nicaraguan German Hospital in November 2016.

Material and methods: Descriptive study of cross section of the called CAP studies (knowledge, Attitude and Practices) in which they were studied 82 mothers who visited the services of pediatric emergency of the Nicaraguan German Hospital and who wanted to participate in the study. Excluding mothers who do not wished to collaborate with the study, mother with children older than 1 year and mother that visited to the emergency care. The source of information is primary through the preparation of a poll whose design is based on the CAP study manual which consists of 4 subsection corresponding to the variables in study which are general data and sociodemographic characteristics of the population under study, knowledge, attitudes and practices in breastfeeding. Proceeded to the tabulation of the information through the program Microsoft excel 2010, subjected to frequency and percentage analysis, interpreting the results using tables and graphs.

Conclusions: The predominant age group was 21-25 years in 36.59% (30), from the urban sector in 85.37% (70), marital status was the free union in 53.6% (44), mothers who attended high school predominate with 46.34%(38), the majority were housewives by 60.98% (50), 100% were institutional births and the majority had a single child in 48.78% (40). 54% had a good level of knowledge and 45.45% had poor knowledge. 70% had a favorable attitude and 30% had an unfavorable attitude. 78.57% who presented correct practices and 21.43% incorrect practices.

Recommendations: to the Hospital implement strategies of health in the emergency area, suggesting the following; during the medical examination give a short talk of 3-5 minutes, where not only explain to the mother the importance of breastfeeding but also inquire the medical doctor about the knowledge, attitudes and practices that they are having and be wrong, to explain and convince about what is right and that the authorities to maintain a adjust vigilance of the compliance with said strategy.

Keywords: Breastfeeding, Knowledge, Attitudes, Practices, Mothers, Infants.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iv
OPINION DEL TUTOR.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
VII. MARCO TEORICO.....	7
7.1 Definiciones de lactancia materna.....	7
7.2 Anatomía y fisiología de la glándula mamaria.....	7
7.3 Mecanismos de la síntesis y secreción de leche en el alveolo mamario..	11
7.4 Componentes Nutricionales de la leche materna.....	12
7.5 Tipos de Leche.....	14
7.6 Beneficios de la lactancia materna.....	16
7.7 Comparación entre leche humana y leche de Vaca.....	25
7.8 Lactancia materna para el óptimo crecimiento y desarrollo infantil.....	26
7.9 Apego Precoz.....	29
7.10 Técnicas del Amamantamiento.....	29
7.11 Técnicas de extracción manual de la leche materna.....	35
7.12 Problemas durante la lactancia y forma de resolverlos.....	37
7.13 Contraindicaciones absolutas de la lactancia materna:.....	40
7.14 Normas técnicas de la lactancia materna en los hospitales.....	40
7.15 Diez pasos de una lactancia materna exitosa y sus anexos.....	42
VIII. METODOLOGÍA.....	44

IX.	RESULTADOS	57
X.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	62
XI.	CONCLUSIONES.....	66
XII.	RECOMENDACIONES	67
XIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	68
XIV.	ANEXOS	70
14.1	Instrumento de recolección de la información (Encuesta)	70
14.2	Tablas.	77
14.3	Gráficos.....	85

I. INTRODUCCION

Actualmente, existen diversos factores socioeconómicos y culturales por los cuales se ha disminuido la práctica de la lactancia materna no solo en Nicaragua sino en toda América Latina y el Caribe. El rescate de la lactancia materna es una responsabilidad no solamente del sector salud sino también de todo el sector social, para lograr alcanzar una generación más segura, sana e inteligente.

Sabemos que amamantar en forma exclusiva durante los primeros meses de vida, resulta de mucho beneficio tanto para la madre como para el bebé desde el punto de vista nutricional, protección contra enfermedades, además de lo económico y social. Ningún sustituto de la leche materna exhibe características biológicas similares, por lo que se ha hecho necesaria la promoción de la lactancia materna como una política nacional de salud.

El objetivo principal de esta tesis fue identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que tienen las madres de niños menores de un año que acuden a emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense, el cual está localizado en el distrito VI de la ciudad de Managua, a este hospital acuden madres con niños lactantes del sector de carretera Norte, el Mayoreo, Las Américas, Bello horizonte, Rubénia y también sectores de las afueras de Managua como Tipitapa, San Benito entre otros. Este hospital fue seleccionado por ser el segundo hospital de referencia pediátrica a nivel nacional y ser uno de los puntos donde pueden ser identificados estos factores que afectan la lactancia en diferentes zonas demográficas de la ciudad.

La identificación de estos factores fue realizada por medio de entrevistas a diferentes madres que asisten al Hospital Alemán Nicaragüense en el mes de Noviembre del 2016. El procesamiento de los datos fue analizado e identificado mediante gráficos que muestren los porcentajes de madres que conocen, practican y cuál es su actitud sobre la lactancia materna en el primer año de vida del lactante.

Los resultados de esta investigación permitirán, a la comunidad médica y autoridades de la salud, identificar los factores que más afectan la lactancia y de esta manera puedan promover estrategias para aumentar la correcta práctica de la lactancia materna en las zonas que son principalmente cubiertas por este Hospital.

II. ANTECEDENTES

A nivel nacional en un estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca de lactancia materna en pacientes adolescentes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el 2001, se identificó que estas tenían deficientes conocimientos acerca de los beneficios de la leche materna, así como del tiempo y la frecuencia en que se debe dar la lactancia materna. Las madres estaban familiarizadas con muy pocas posiciones de amamantamiento, la mayoría de la población tenía una actitud positiva hacia la lactancia materna, un 99% de las pacientes estudiadas concordaba en que la madre durante la lactancia debe ser apoyada por la familia, por el sitio de trabajo y el estado. El 35.96% de las madres practicaban la lactancia a libre demanda, el 58.71% acompañaban la leche materna con otros alimentos. Sólo el 37.61% de las madres recibió información sobre el tema y de éstas el 92.68% tenían conocimientos que el personal de salud les había brindado (Lopez, 2001).

En el año 2013 en el municipio de Managua en Hospital Alemán Nicaragüense se realizó un estudio de los Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que poseen las madres de recién nacidos ingresados en neonatología, el cual concluyó que los conocimientos de lactancia materna no eran satisfactorios. Así mismo presentaron deficiencia en las prácticas de extracción manual de leche materna y la forma de administración de la misma (Valle & Espinoza, 2013).

Se realiza un estudio en el año 2014 sobre el efecto de la implementación de la estrategia Hospital Amigo de la Madre y la Niñez en el Hospital Alemán Nicaragüense, periodo 2013-2014. Se encontró que casi la totalidad de las mujeres entrevistadas eran de procedencia urbana, con escolaridad secundaria, amas de casa. La mayoría recibió información sobre lactancia materna durante el embarazo. Las madres con hijos nacidos en el Hospital Alemán después de la implementación de la estrategia Hospital Amigo de la Madre y la Niñez mostraron un ligero incremento en la información recibida sobre la lactancia materna después del parto. Casi la totalidad de las madres reconoce la importancia de la lactancia materna para la madre y para la sociedad. Muy pocos niños continúan recibiendo lactancia materna después del año de edad. Aproximadamente una tercera parte de los niños en estudio reciben lactancia materna exclusiva a los 5 meses de edad. El principal motivo referido por las madres por el cual abandonaron la lactancia materna exclusiva fue porque consideraron que su leche es insuficiente para satisfacer a sus bebés. (Martha Judith Loaisiga Jarquín., 2014.)

Se realiza un estudio en el año (2015) de Conocimiento, actitudes y practicas acerca de la lactancia materna exclusiva en mujeres primigestas entre las edades de 15 -24 años que acuden a consulta en el Centro de Salud Francisco Buitrago

en el periodo Abril-Mayo 2014. El conocimiento acerca de la lactancia materna es regular, la información que recibieron fue a través del personal de salud, la mayoría presentó una actitud favorable pero la práctica no es muy buena, sin embargo, la mayoría lo practica durante 6 meses (Miranda & Umanzor, 2015).

Gutiérrez Flores, en el año (2015) Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva que poseen las púerperas adolescentes atendidas en el hospital primario Jacinto Hernández en el periodo de Abril - Septiembre 2015. Se encontró que los conocimientos sobre lactancia materna son deficientes. Hay muchas debilidades cuando se abordaron los temas de extracción, almacenamiento y preservación de la leche extraída. En cuanto a la actitud, en este estudio se encontró que las púerperas adolescentes poseen una actitud favorable hacia la lactancia materna. Al valorar las prácticas encontramos que la mitad de los aspectos evaluados corresponden a prácticas inadecuadas. (Vasquez., 2015.)

III. JUSTIFICACION.

La lactancia materna es un tema de suma importancia en nuestro país como parte de la política implementada por el ministerio de salud, en donde la desnutrición proteica-calórica, continúa siendo un problema de salud pública, reflejada por el deterioro de la situación alimentaria y nutricional, siendo la causa que más incide en la actualidad en la salud infantil.

La lactancia materna es el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo óptimo que ejerce una inigualable influencia biológica y afectiva sobre la salud tanto del (de la) niño (a) como de su madre. Son múltiples los beneficios que proporciona al niño entre ellos se encuentran el desarrollo psicomotor y la protección inmunológica principalmente. Para la madre le ayuda a la recuperación fisiológica posparto, al aspecto físico y emocional, con respecto a la familia; refuerza los lazos afectivos familiares, previene el maltrato infantil, espaciamiento de los nacimientos y por consiguiente la disminución de la morbilidad infantil así como la mejora económica.

A pesar de los numerosos esfuerzos, políticas y compromisos que han adquiridos, diversos organismos como la OMS para lograr una lactancia exitosa en nuestro país, son diversos los estudios que prueban que la práctica de la lactancia materna en Nicaragua es muy variable y que aun son demasiados los mitos y creencias que tiene nuestra población, lo que demuestra el inadecuado conocimiento así como la mala práctica y actitud que se tiene al respecto por parte de las madres Nicaragüenses. Sin embargo, no solo se debe influir en las madres sino también en el personal de salud para que así trabajen en pro de la promoción, práctica y apoyo al mantenimiento de la lactancia materna.

Por lo anterior descrito consideramos necesario la realización de este estudio el cual nos permitirá evaluar por primera vez en la sala de emergencia del hospital Alemán Nicaragüense el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna de las madres que acuden buscando atención por parte del personal de salud del hospital Alemán Nicaragüense, logrando así determinar los puntos vulnerables y plantear estrategias que ayuden a fortalecer la tan importante práctica de la lactancia materna para el niño y madre, logrando impactar positivamente sobre los indicadores de salud, además que este estudio le permitirá al hospital contar con una base de información más amplia y confiable sobre este tema pudiendo ser el punto de partida para la elaboración de nuevas estrategias por parte de las autoridades del Hospital Alemán Nicaragüense.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La lactancia materna en Nicaragua históricamente no ha tenido la promoción cultural y social necesaria para su correcta práctica en los niños principalmente en el primer año de edad. Aun hoy en día siendo parte importante de la política implementada por el ministerio de salud, se hace difícil de llevar los conocimientos correctos a toda la población o principalmente las madres de las zonas rurales del país donde la información es más difícil de difundir a la población.

La correcta práctica de la lactancia materna en nuestro país está lejos de ser satisfactoria, a pesar de que en general las madres poseen el conocimiento necesario, sin embargo aun se torna difícil para las madres principalmente debido a la costumbre arraigada de diferentes mitos y creencias que influyen de manera negativa en la práctica del amamantamiento y al hecho de contar con poco apoyo e información adecuada, durante la atención prenatal y pos natal.

Los esfuerzos, políticas y compromisos que han adquirido los organismos de la salud en Nicaragua, no son suficientes para lograr la correcta práctica de la lactancia materna en niños menores de un año, debido a que la solución no es solo llevar los conocimientos necesarios a las madres sino que es la actitud hacia la lactancia materna la que no permite el avance en el problema, formando así un atraso de tipo cultural el cual se transmiten, de generación en generación.

Por otro lado, las madres Nicaragüenses no están sensibilizadas ante los daños y consecuencias nutricionales que genera la mala práctica de la lactancia materna a los lactantes, así como las afectaciones a largo plazo en el desarrollo físico y mental.

Los conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna por parte de las madres nicaragüenses que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense no ha sido estudiada por esta razón las autoridades de la salud no tienen una suficiente base de datos actuales de los porcentajes de madres que conocen o no conocen sobre la correcta práctica de la lactancia.

Por todo lo anterior descrito nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016?

V. OBJETIVOS

Objetivo General.

- ✚ Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Objetivos específicos.

- ✚ Describir las características sociodemográficas de las madres sujetas al estudio.
- ✚ Identificar el conocimiento que tienen acerca de la lactancia materna las madres sujetas al estudio.
- ✚ Conocer la actitud que presentan las madres en relación a la lactancia.
- ✚ Determinar las prácticas sobre lactancia materna que han ejercido las madres con sus hijos hasta el primer año de edad.

VI. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Dadas las limitaciones de tiempo, disponibilidad de personal y otros aspectos, este estudio se enfocara en los Conocimientos actitudes y prácticas de las que asistieron en noviembre del 2016 al HAN, planteándose las siguientes limitaciones:

- ✚ Solamente se aplicaron 82 encuestas a madres que cumplieron con los criterios de inclusión.
- ✚ Solo se evaluó Conocimientos, actitudes y prácticas en las madres encuestadas.
- ✚ Solo se encuestó a madres que asistieron a emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense.
- ✚ Las madres que asistieron al Hospital Alemán Nicaragüense son principalmente de la zona urbana.

VII. MARCO TEORICO.

7.1 Definiciones de lactancia materna.

La lactancia materna es el proceso natural mediante el cual la madre proporciona al niño el mejor alimento y el más seguro para crecer sano y feliz. La leche materna, es el mejor alimento y bebida que puede darle la madre al niño después que nace hasta los seis meses en forma exclusiva y hasta los dos años complementándose con otros alimentos.

La lactancia materna se define como el amamantamiento del (la) bebe por la madre. También ha sido definida, como el proceso mediante el cual la madre alimenta a su hijo(a) con su propia leche. Esta puede ser completa si incluye el amamantamiento exclusivo, en donde no se suministra al lactante ningún otro liquido o sólido; casi exclusiva, en donde se suministran con pocas frecuencia vitaminas, agua, minerales, jugos o comidas tradicionales a demás de la leche materna. Parcial elevada cuando gran parte de la alimentación consiste en leche materna; parcial media cuando casi la mitad de la alimentación consiste en leche materna; y parcial baja cuando la gran mayoría de la alimentación no consiste en leche materna.

Cuando la cantidad de leche materna es mínima, ocasional e irregular se le llama lactancia materna simbólica. El proceso de darle el pecho al niño durante la primera media hora del nacimiento se ha definido como lactancia materna óptima. (Hernández., 2012)

7.2 Anatomía y fisiología de la glándula mamaria.

Anatomía externa:

La glándula mamaria se encuentra localizada en la pared torácica anterior entre la segunda y la sexta costilla. Su tamaño y forma varía según las características individuales, genéticas y raciales y, en la misma mujer, de acuerdo a la edad y la paridad. Durante el embarazo la mama alcanza su máximo desarrollo, se forman nuevos alvéolos y los conductos se dividen. La areola se oscurece durante el embarazo, para una mejor localización por el bebé. Rodeando la areola, se encuentran numerosas glándulas sebáceas llamadas tubérculos de Montgomery. El pezón, está formado por tejido eréctil, cubierto con epitelio, contiene fibras musculares lisas en disposición circular, radial y longitudinal, que actúan como esfínteres controlando la salida de la leche.

Anatomía interna:

➤ **Tejido glandular:**

Dentro de él se produce la leche, obedeciendo las órdenes provenientes del cerebro, el cual responde a los reflejos estimulados mediante la succión y facilitados por un ambiente adecuado. La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de 15 a 20 racimos glandulares denominados lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto que lleva la leche hasta la punta del pezón.

Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos. Cada acino está formado por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los acinos como los conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y vasos sanguíneos de pequeño calibre (capilares), de gran importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

➤ **Conductos:**

Transportan la leche desde el sitio de la producción, en el tejido glandular, hasta el sitio de almacenamiento (senos lactíferos).

➤ **Senos Lactíferos:**

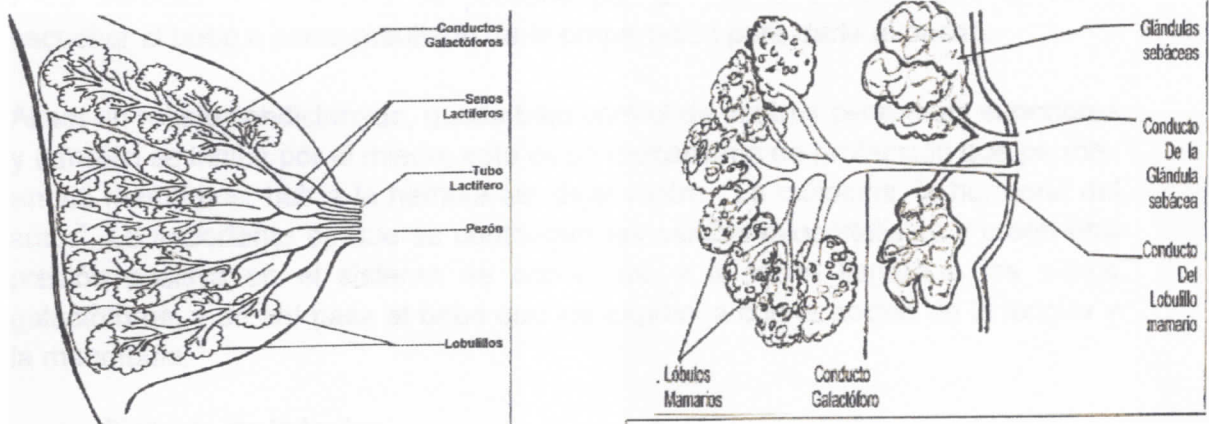
Se forman por el ensanchamiento de los conductos provenientes de los acinos o alveolos y están situados por debajo de la areola. Deben ser estimulados mediante una succión adecuada, para que la leche pueda ser extraída y, debido a su relación con la areola, es importante que cuando el (la) niño (a) se acople a la mama su boca abarque toda o gran parte de ella.

➤ **Grasa y tejido de soporte:**

La mama está sujeta al cuerpo por medio de una serie de ligamentos (ligamentos de Cooper), los que están entrelazados con tejido graso, siendo éste último el que determina el tamaño de las mamas. Durante el proceso de la lactancia, los ligamentos adquieren especial importancia ya que se ven obligados a sostener "mayor carga", y por lo tanto pueden distenderse. Por esta razón es importante aconsejar a la madre que vacíe frecuentemente sus pechos y utilice un brassier adecuado.

➤ **Nervios, vasos sanguíneos y vasos linfáticos:**

En la punta del pezón existen unos nervios sensitivos, al igual que alrededor de los conductos galactóforos. Cuando el niño estimula adecuadamente (mediante la succión) estas terminaciones se produce la erección del pezón y se desencadena el mecanismo reflejo de la hipófisis que controla los procesos de secreción y eyección de la leche. Alrededor de los alvéolos, hay una red de vasos capilares encargados de suministrar a las células productoras de leche los nutrientes necesarios para la síntesis láctea. (MINSA, 2010)



Fisiología:

➤ Reflejo de producción de leche

El estímulo nervioso del pezón y de la areola, produce mediante un reflejo neuroendocrino la liberación en la hipófisis de la prolactina y de la oxitocina. La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas de la areola que pasan el mensaje a la hipófisis que inmediatamente libera (en las células lactotropas del lóbulo anterior) la prolactina y posteriormente la oxitocina, la cual comprime la malla mioepitelial que envuelve a los alvéolos y permite la salida de la leche.

➤ Prolactina

Se libera en la hipófisis anterior. Activa la formación de la leche en los alvéolos mamarios. Los niveles de prolactina se mantienen muy elevados durante las últimas semanas de gestación. Sin embargo no se produce leche debido al efecto inhibitor de los estrógenos y la progesterona. Pasado el parto, y con la expulsión de la placenta, disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona, y la prolactina puede desarrollar su actividad lactogénica. "A más tiempo de succión, más producción de prolactina" y por lo tanto "más leche".

➤ Reflejo de eyección de la leche

La oxitocina secretada por el cerebro primitivo (el que tenemos en común con los mamíferos) y liberada por el lóbulo posterior de la hipófisis, actúa sobre la célula mioepitelial que se contrae y provoca el reflejo de eyección o bajada de la leche. En la primera hora postparto, se alcanzan los niveles más altos de oxitocina, si están juntos el bebé y la madre "piel con piel". En los primeros días, el reflejo de eyección es incondicionado, y no puede ser inhibido por la ansiedad.

Pero después, la oxitocina se produce por un reflejo condicionado al ver y escuchar al bebé o como resultado de la preparación para darle el pecho.

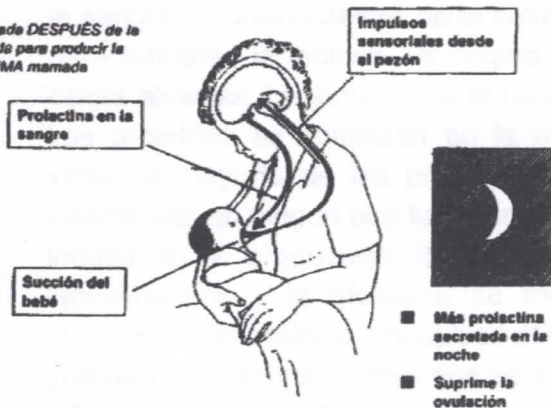
Al ser un reflejo condicionado, queda bajo control de centros cerebrales superiores y también se inhibe por el miedo, este es un mecanismo de protección que permite en los mamíferos, huir a la hembra sin dejar rastro. "La oxitocina, la hormona del amor". Lo importante es que se contraigan las células mioepiteliales y creen una presión positiva en el sistema de conductos, y la leche llegará a los senos galactóforos, y de ahí pasa al bebé que los exprimirá con la acción de la lengua y la mandíbula.

➤ **Síntesis de la leche.**

Es un fluido vivo que contiene 4000 células por ml, que son los leucocitos que entran por vía para celular. En el calostro hay una concentración de millones de leucocitos por ml. La leche es de composición variable, la leche de madre de prematuro es diferente de la de término. La leche inicial es diferente de la leche final de la tetada.

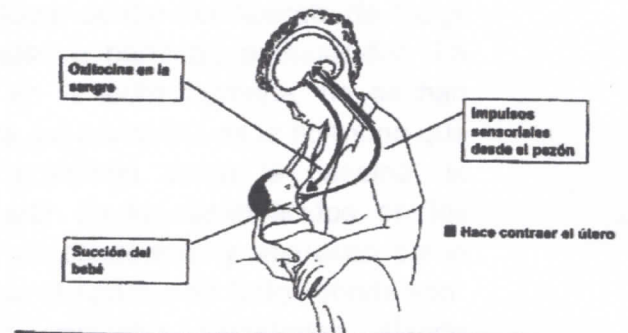
PROLACTINA

Secretada **DESPUÉS** de la mamada para producir la **PRÓXIMA** mamada



REFLEJO DE OXITOCINA

Funciona **ANTES** o **DURANTE** la mamada para hacer que la leche **FLUYA**



➤ **Reflejos del niño:**

Reflejo de Búsqueda:

Este reflejo, ayuda al niño (a) a buscar el pezón; si algo toca la mejilla del (de la) niño (a), éste abre la boca y se voltea hacia el lado de donde proviene el estímulo táctil, tratando de buscar el pezón de donde succionar.

Secuencialmente ocurren los siguientes eventos:

- **Búsqueda (boque activo):** se abre ampliamente la mandíbula, la lengua sobrepasa la encía inferior, llega el labio inferior y forma surco.
- **Toma el pezón:** El pezón, introducido por la lengua, ocupa completamente la boca. Los labios permanecen relajados.

Reflejo de Succión:

Permite que el (la) niño (a) realice una serie de movimientos linguo-mandibulares que conllevan a la succión del pecho.

- La lengua haciendo rítmicos movimientos ondulares, queda hacia delante sobre la encía inferior, ahuecadas en forma de surco.

Reflejo de Deglución: Permite al (a la) niño (a), deglutir en forma refleja el alimento líquido que llena su boca es decir, hace que estos líquidos pasen al tracto digestivo. (MINSA, 2010)

7.3 Mecanismos de la síntesis y secreción de leche en el alveolo mamario.

Exocitosis de la lactosa y de las proteínas lácteas La lactosa es un disacárido (glucosa + galactosa), que sólo se encuentra en la leche. Aunque en la leche también se han encontrado 50 oligosacáridos diferentes. A partir de la glucosa de la sangre, se forma dentro de la célula alveolar la lactosa. La galactosa necesaria para formarse la lactosa, se origina a partir de la glucosa también, dentro de la célula alveolar. La síntesis de la lactosa tiene lugar dentro del Aparato de Golgi. Las proteínas se sintetizan en la célula alveolar, a partir de aminoácidos. La inmensa mayoría de las proteínas presentes en la leche humana, no se han identificado en ningún otro lugar en la Naturaleza. La prolactina es la hormona que induce a la producción de proteínas. Así proteínas como la caseína, la lactoalbúmina y la globulina se forman a partir de los aminoácidos en los ribosomas del retículo endoplasmático, donde se condensan y aparecen como gránulos secretorios visibles que se mueven hacia el Aparato de Golgi, donde son (glicosiladas y fosforiladas) y colocadas en vesículas secretorias, siendo excretadas a la luz alveolar mediante exocitosis.

Secreción de la grasa láctea en forma de glóbulos de grasa La síntesis de lípidos tiene lugar en el retículo endoplasmático. Las células alveolares son capaces de sintetizar ácidos grasos de cadena corta. Los ácidos grasos de

cadena larga, presentes en la leche materna, provienen del plasma sanguíneo, o son sintetizados a partir de la glucosa. La esterificación de los ácidos grasos tiene lugar en el retículo endoplásmico. Los glóbulos pequeños se encuentran en la base de la célula y coalescen en grandes glóbulos que emigran hacia el ápice de la célula, donde se rodean de la membrana y protuyen hacia la luz. El ápice de la célula forma abultamientos que contienen glóbulos de grasa, proteínas y una pequeña cantidad de citoplasma, y que se liberan en la luz por estrangulamiento.

“La excreción de las grasas ocurre al final de la tetada. De tal manera que aquellas madres que cuentan los minutos cuando dan el pecho y no dejan que sea el propio bebé el que se tome su tiempo, impiden que tome la leche final rica en grasas, la cual se obtiene por la participación activa del bebé mediante la succión después de estar un tiempo (variable según los bebés) mamando”. (Velasquez., 2013)

Agua e iones Sodio, potasio, cloro, magnesio, calcio, fosfato, sulfato y citrato pasan a la membrana de la célula alveolar en ambas direcciones. La leche humana difiere de la de otras muchas especies en que los iones monovalentes están en baja concentración y la lactosa en elevada concentración (la leche humana es la más dulce). El paso del agua se realiza por ósmosis

IgA y otras proteínas plasmáticas de alto peso molecular Se realiza por pinocitosis- Exocitosis, La madre fabrica a medida los anticuerpos específicos que necesita su bebé, a través de la leche materna. Estos anticuerpos son los llamados Inmunoglobulinas A Ig A secretoria Las Ig A, una vez ingeridas, contribuyen a la defensa contra microorganismos evitando que penetren en los tejidos del lactante. La madre sintetiza anticuerpos cuando ingiere un agente patógeno, lo inhala o entra en contacto con el mismo. Cada anticuerpo que fabrica es específico para cada uno de estos agentes; además las Ig A mantienen a raya las enfermedades sin producir inflamación de la mucosa digestiva del lactante.

7.4 Componentes Nutricionales de la leche materna.

La mejor manera de alimentar al bebé y la más segura es amamantando *exclusivamente*. Los bebés *no necesitan nada diferente a la leche materna*, durante los primeros seis meses de vida, ya que la leche de su madre contiene todos los nutrientes que necesita, tales como:

Proteínas: Contiene la cantidad de proteínas adecuadas a las necesidades del (la) niño(a). Si se compara la leche materna con la leche de vaca, se evidencia que esta última tiene más proteínas sin embargo sus concentraciones son

mayores a la que un bebé necesita y son de una clase diferente causando con frecuencia alergias. La mayoría de las proteínas son estables en la leche materna y el tracto digestivo del recién nacido (no se destruyen fácilmente). Entre estas se encuentran las inmunoglobulinas A, M y G, lactoferrina, Lisozima, Lipasa, Lactoalbumina y Caseína.

Enzimas: Contiene enzimas digestivas tales como amilasa y lipasa digestiva, las que actúan compensando la madurez de la función pancreática del recién nacido. La lipasa se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares participando en la digestión de las grasas. Algunos aminoácidos que se encuentran en las proteínas de la leche materna y que son indispensables para el desarrollo del cerebro del bebé, no se encuentran en otras leches en la cantidad requerida, como la taurina, un aminoácido esencial para el prematuro y muy importante para el desarrollo del recién nacido, puesto que es necesaria para conjugar los ácidos biliares y es además, un posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.

Hormonas y factores del crecimiento: Muchas hormonas con diversas funciones se encuentran en cantidades variadas en la leche materna, tales como: esteroides adrenales, calcitonina, eritropoyetina, factor liberador de la hormona del crecimiento, factor liberador de gonadotropina, insulina, factor liberador de la hormona luteinizante, neurotensina, oxitocina, esteroides ováricos, progesterona, prolactina, relaxina, somatostatina, triyodotironina, tiroxina, factor liberador de tirotrófina y hormonas tiro estimulantes. Además, la leche materna contiene factores del crecimiento: factor de crecimiento epidérmico, Factor de crecimiento semejante a la insulina y factor de crecimiento nervioso.

Vitaminas y Minerales: Contiene vitaminas que el bebé necesita, en las proporciones adecuadas por lo que no es necesario darle suplementos vitamínicos ni jugos de frutas durante este periodo. Los jugos y las vitaminas no solo son necesarios, sino que pueden causar problemas al lactante menor, como es el caso de las frutas cítricas que pueden precipitar la aparición de alergias en niños (as) predispuesto.

Cuenta además con la cantidad suficiente de hierro que el niño (a) necesita, pues el hierro de la leche materna es absorbido hasta en un 50% por el intestino, debido a los factores de transferencia (transferrina) contenidos en ésta y que no se encuentran en la leche de vaca. El hierro contenido en la leche de vaca, se absorbe solamente en un 10% Y el de las preparaciones de la leche de vaca procesadas fortalecidas con hierro (formulas), se absorbe solamente en un 4%. De ahí que los niños amamantados con leche materna exclusiva durante los primeros seis meses

de vida, tienen menor riesgo de desarrollar anemia ferropénica y no necesitan suplementos de hierro.

La leche materna tiene la cantidad adecuada de sal calcio, fosfatos y agua que el bebé requiere, aun en climas cálidos. Contiene más lactosa (azúcar natural de la leche) que la mayoría de leches de otros mamíferos. La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del hierro y del calcio y promueve la colonización intestinal del lactobacillus bífidus, quien al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacteria, hongos y parásitos.

Una segunda razón por la cual debe darse al bebé lactancia exclusiva es porque protege tanto la salud del (de la) niño (a) como la de la madre. Los niños amamantados exclusivamente tienen menos diarrea que los alimentados con biberón. Y por otra parte presentan menos infecciones respiratorias y del oído medio.

7.5 Tipos de Leche

El Calostro

- Su producción se inicia con el apego precoz y permanece durante los primeros 4 a 7 días después del parto. Es el primer alimento esencial para la nutrición y salud del recién nacido en los primeros días de vida.
- Es un líquido espeso y amarillento. Este color, está determinado por las altas concentraciones de Vitamina "A". Es de alta densidad y poco volumen, y satisface las necesidades del (de la) recién nacido (a).
- Contiene lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y liposolubles (A, E, K,) carotenos y algunos minerales como Sodio y Zinc.
- La principal inmunoglobulina que se transmite al niño con el Calostro es la IgA que junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido inmunidad específica e inespecífica.
- Facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Facilita la producción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido, evitando el crecimiento de bacterias patógenas.

Leche de transición:

Es la leche que se produce entre el 7 y el 14 día post-parto. Cerca del 6 y 8 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando en cantidad, hasta alcanzar un volumen de aproximadamente 600-700 ml por día. Esta leche va variando, en color y apariencia, día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

La concentración de inmunoglobulinas y proteínas totales disminuye, mientras aumentan la lactosa, la grasa y las calorías totales. Las vitaminas hidrosolubles aumentan, y las liposolubles disminuyen hasta los niveles de la leche madura.

Leche madura:

Esta leche varía en relación con la hora del día, la duración de la comida, las necesidades del lactante y las enfermedades con las que ha estado en contacto la madre. Alcanza una producción promedio entre 600 y 900 ml/día.

- Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3g%) constituyendo una importante fuente calórica para el (la) niño (a). La alta concentración de lactosa, determina las deposiciones blandas del (de la) niño (a) amamantado (a).
- La cantidad de proteínas en la leche materna es perfecta para el crecimiento del (de la) niño (a) y el desarrollo del cerebro. El nivel de proteínas de la leche materna no se ve afectado por la ingesta de la madre.
- La proteína de la leche materna se digiere fácilmente y se absorbe bien.
- Las grasas son la principal fuente de calorías del lactante.
- La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos de cadena larga y el porcentaje de ácidos grasos poli-insaturados es mayor que el de los saturados.
- El nivel de grasa es bajo al comenzar el amamantamiento (leche delantera o del inicio) y aumenta a medida que el (la) niño (a) mama (leche del final o trasera).
- A pesar de que el contenido de hierro en la leche materna es pobre, su absorción es mayor en relación al de las otras leches.

Leche del comienzo y del final de la mamada:

La leche del comienzo es la que sale cuando el (la) niño (a) principia a mamar. Tiene una apariencia acuosa y es de color azulado, como tiene mucha agua (en relación a los solutos) le calma la sed al (a la) niño(a): a la vez, también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa.

La leche del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa, por lo tanto le brinda más energía, al (a la) niño (a) lo que es necesario para satisfacerle en cuanto a su saciedad y para un aumento de peso satisfactorio. Si se le retira del pecho muy pronto éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. Además, por su mayor contenido de grasa, es rica en las vitaminas liposolubles A,D,E,K.

Si se cambia muy rápidamente al (a la) niño (a) de un pecho al otro, sin que haya obtenido la leche del final sino solamente la del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a ésta, lo cual en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos vespertinos que algunos (as) bebés presentan hacia los tres meses de edad.

Leche de pretérmino:

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación producen durante un periodo prudencial una leche con una composición diferente. La leche de pretérmino contiene, en comparación con la leche de un (a) niño (a) a término, mayor número de sustancias que aportan las defensas necesarias para luchar contra las infecciones especialmente contra la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal. Además, contiene mayor cantidad de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa, que la leche madura, siendo ésta la combinación más apropiada para el (la) niño (a) inmaduro (a) quien tiene requerimientos más elevados de proteínas y menor capacidad de digestión de la lactosa.

La lactoferrina y la IgA están en mayor abundancia, por lo que es más adecuada a las necesidades del prematuro que cualquier preparación artificial. (MINSA, 2010)

¿Cuánta leche se produce al día?

Los valores medios de producción son:

-En la 1ª semana, 550 ml/día

-En las siguientes, 850 ml/día

-La media está entre 500 y 1000 ml/día

En Australia occidental, Peter E. Hartman demostró que las madres que alimentaban exclusivamente a demanda, por periodos de hasta 15 meses, segregaban hasta 1500 ml/día. (Velasquez., 2013)

7.6 Beneficios de la lactancia materna.

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño y niña, para la madre, para la sociedad y la humanidad. Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la

leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.

Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos. La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

El prematuro mayor de 31 semanas y mayor de 1.500 a 1.700 gramos puede ser perfectamente bien nutrido por la lactancia exclusiva. Pero, el prematuro de menor edad gestacional y menor que estos pesos, requiere un suplemento de proteínas, calcio y fósforo, aun cuando la leche de estas madres contenga más proteínas.

La literatura médica confirma los beneficios de la lactancia exclusiva sobre la nutrición y desarrollo de los niños y niñas, así como para su salud durante la infancia e incluso en períodos posteriores de la vida. Los niños/as amamantados/as tienen menor riesgo de enfermar de diarrea, infecciones respiratorias, meningitis, septicemia, infección urinaria.

En el recién nacido, el calostro elimina oportunamente el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal. La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto.

El niño amamantado rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias. El calostro, la leche de transición y la leche madura contienen suficiente IgA que protege al niño mientras él va aumentando su capacidad de producirla.

Un estudio de Ball et al. (1999) calcula el exceso en costos del cuidado de la salud para tres patologías frecuentes en niños/as alimentados mediante fórmula infantil, los resultados son:

1. Enfermedad del tracto respiratorio bajo: los niños/as que nunca fueron amamantados tuvieron una incidencia del 36,1% y los amamantados en forma exclusiva durante al menos los 3 primeros meses, tuvieron una incidencia de 29,8%.

2. Otitis Media: los niños/as que nunca fueron amamantados tuvieron una incidencia del 67,1% y los amamantados en forma exclusiva, durante al menos los 3 primeros meses tuvieron una incidencia de 55,7%.
3. Enfermedades gastrointestinales: los niños/ as que nunca fueron amamantados tuvieron una incidencia del 63,8% y los amamantados en forma exclusiva durante al menos los 3 primeros meses tuvieron una incidencia de 22,5%.

El ahorro de recursos para las familias de niños y niñas amamantados/as, tanto en alimentación, como en gastos médicos (estudios realizados en Santiago con madres que trabajaban separadas de sus hijos/ as, muestran un riesgo de diarrea durante los primeros seis meses de vida, entre 7 y 20 veces mayor entre los que recibían lactancia exclusiva, así como el doble de infecciones respiratorias), aproximadamente el 70% de las licencias médicas por enfermedad grave del hijo menor de un año, ocurre en el período de los primeros 6 meses de vida.

Además es importante considerar que los niños y niñas amamantados/as tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños/as que reciben mamadera. Del equilibrio funcional de la succión-deglución respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máximo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fono-articulación del lenguaje.

Los niños alimentados hasta los 6 meses sólo con leche materna, tienen un desarrollo y crecimiento normales. Después de esa edad continúan creciendo bien si se inicia la alimentación complementaria manteniéndose la leche materna como único aporte lácteo hasta los 12 meses.

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico, intelectual y psicosocial del niño/a proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuados para el crecimiento y desarrollo de sus órganos, especialmente el sistema nervioso. La Encuesta Nacional de Lactancia año 2000, muestra un menor riesgo tanto de desnutrición como de obesidad entre los niños y niñas amamantados/as en forma exclusiva los primeros seis meses de vida, que los que recibieron lactancia mixta o artificial.

Estudios, tanto nacionales como internacionales, muestran que los niños con lactancia exclusiva crecen adecuadamente durante el primer semestre de vida,

luego de lo cual la lactancia debe ser complementada, pero mantenerse como aporte lácteo, hasta el segundo año de vida (OMS-UNICEF).

Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo sicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con mamadera.

Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño. El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento, organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos.

Se ha demostrado que los niños amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula. Durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita.

El niño que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce, hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico.

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo, estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego". El apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo.

Entre los efectos a la salud, a largo plazo la lactancia confiere protección sobre enfermedades que se presentan en etapas posteriores de la vida, tales como: diabetes insulino-dependiente, enfermedades cardiovasculares, colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, la enfermedad celíaca, el asma, leucemias, linfomas, la obesidad y enfermedades alérgicas (Díaz-Gómez et al, 2000)

Además se han demostrado beneficios para la salud de la madre, tales como:

- La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.
- Retracción del útero: por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño previo. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.
- Recuperación del peso: una lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia. Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico.
- Recuperación de los pechos: la estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.
- La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mama y ovario, reduciendo el riesgo de estas enfermedades.

Beneficios para la familia: el refuerzo de lazos afectivos familiares, prevención del maltrato infantil. No satisfacer oportunamente las necesidades básicas del niño pequeño: afecto, calor y nutrientes para su crecimiento y desarrollo, puede considerarse una forma de maltrato infantil. Una madre que amamanta a su hijo mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato.

La lactancia materna exclusiva, y si la madre permanece con amenorrea, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. **El MELA (método lactancia materna y amenorrea)** es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos. Se fundamenta en la utilización de la infecundidad de la lactancia, para protegerse contra el embarazo e indica el momento para introducir un método suplementario de planificación.

Este método se recomienda por un periodo de hasta 6 meses después del parto, para mujeres que están amamantando total y son amenorreicas y dependen del mantenimiento de prácticas apropiadas de lactancias, para provocar la infecundidad y con el siguiente retraso con el retorno de menstruación.

El MELA se formulo de acuerdo a consensos, celebrada en la universidad de Georgetown, Estados Unidos. Este se basa principalmente en criterios publicados anteriormente que incorporaban los resultados de reunión de consensos en Bellagio, 1988.

Para usar el MELA correctamente, la mujer debe satisfacer 3 criterios.

1. Estar amenorreica desde el parto.
2. Estar en los 6 meses de post- parto.
3. Amamantar completa o casi completamente.

Debe cumplir con lo antes expuesto, se dice que su riesgo de embarazo, es inferior al 2% y no necesita de un método suplementario, pero si ocurren algunos de estos cambios se deben de orientar el uso de una forma de planificación familiar que complementen la lactancia a fin de seguir obteniendo esta misma eficiencia elevada.

En la reunión celebrada en 1995 en Bellagio, Italia los expertos convinieron que el fin de la Amenorrea es el más importante de los tres criterios del MELA puesto que la reanudación de la menstruación indica que la actividad ovárica ha iniciado, por tanto también regresa el riesgo del embarazo por lo que se recomienda un método de planificación que complemente a la lactancia materna a fin de seguir obteniendo la misma eficacia anticonceptiva que proporciona la misma.

Beneficios para la sociedad: Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente, disminuyendo la morbilidad infantil.

La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de: leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes y accesorios, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos, ausentismo laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo, producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

Se estima que si todas las madres del mundo alimentaran a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales. Además están las ventajas ecológicas, pues la leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable.

Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar los nacimientos; no desperdicia recursos naturales ni crea contaminación; no implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento; no necesita preparación ni uso de fuentes de energía; no requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla.

Riesgos de la alimentación con fórmula:

a) Existen importantes diferencias entre la leche materna y la de fórmula, tanto en la cantidad como en la calidad de los macro y micronutrientes que el niño recibe. La leche de vaca no contiene lipasa, enzima necesaria para metabolizar y digerir las grasas. La mayor cantidad de caseína en la leche de vaca forma flóculos gruesos de difícil absorción. La mayor concentración de sus nutrientes produce estreñimiento y sobrecarga renal.

b) Dificultades para la preparación: Muchas veces las instrucciones de preparación impresas en los envases son difíciles de leer y entender. La madre puede no considerar la importancia de la concentración que debe tener el alimento (relación polvo-agua), por lo que la preparación de la fórmula resulta inadecuada. Si se agrega mucho polvo, el preparado tendrá mayor concentración de nutrientes, lo que puede provocar diarrea, deshidratación y mayor carga renal. Si se agrega menos polvo, con el fin de ahorrar alimento, el niño no recibe suficiente aporte de nutrientes ni calorías, causando desnutrición. La leche necesita ser preparada con agua potable, ojalá hervida, lo que no siempre es posible.

c) Mayor riesgo de enfermedades por contaminación de alimentos, más aún si no se toman las precauciones pertinentes, tales como: uso de agua contaminada, manipulación de los alimentos con las manos sucias, mal lavado de los utensilios usados, secado de manos o utensilios con paños sucios o contaminados, transporte de gérmenes por moscas y otros vectores, descomposición fácil de la leche al quedar en el medio ambiente, sin refrigerar, dificultad para la higienización de chupetes y mamaderas, facilita el cultivo de gérmenes y ausencia de factores inmunológicos.

d) En la leche procesada (hervida, condensada, en polvo) se destruyen los elementos bioactivos. Desde el punto de vista inmunológico, las leches de fórmula pueden considerarse inertes. Los niños alimentados con mamadera

enferman con mayor frecuencia de diarreas, enfermedades respiratorias, otitis y alergias, las proteínas y otras sustancias extrañas al metabolismo del niño, pueden actuar como potentes alérgenos y sensibilizar al niño para toda la vida.

e) Recuperación de la fertilidad y mayor riesgo de un nuevo embarazo: al tener la alternativa de dar al niño alimentación artificial, la madre deja muy pronto de lactar en forma exclusiva, recupera su fertilidad, y si no toma las precauciones para el control de la natalidad, estará en riesgo de un nuevo embarazo.

f) Alimentar a un niño con fórmula tiene un alto costo, no sólo por el elevado valor de las fórmulas, sino por la cantidad de implementos y tiempo que se requieren para su preparación adecuada. Es necesario sumar a lo anterior el alto costo de las enfermedades del niño en consultas y medicamentos, exámenes de laboratorio, deterioro del crecimiento y desarrollo, ausentismo laboral de la madre, etc.

g) Riesgos de usar mamadera: si bien es cierto que en casos calificados la mamadera puede ser un valioso auxiliar para alimentar a los lactantes, ésta no debe usarse regularmente como sustituto del pecho materno, ya que involucra una serie de riesgos. Ninguna mamadera se asemeja a la forma, consistencia, textura, temperatura y funcionalidad del pecho materno.

h) El dar mamadera o un chupete al niño para calmar su hambre o su necesidad de chupar, reduce la producción de leche por falta de estímulo del pezón-areola. La disminución visible de la leche produce ansiedad en la madre, le crea desconfianza en su capacidad de amamantar y en definitiva una real disminución de la producción de leche.

i) Alteración funcional de la succión-deglución respiración: el uso de mamadera en el lactante menor puede provocar una serie de alteraciones en el área máxilo-facial y oro-faríngea, ya que el niño debe improvisar patrones funcionales de succión-deglución-respiración para dosificar el contenido extraído y deglutirlo sin atragantarse. La alteración producida se conoce como disfunción motora oral del lactante.

j) Interferencia en la maduración de futuras funciones bucales: un patrón funcional básico alterado genera una distorsión de las futuras funciones, manifestada como deglución atípica, respiración bucal, disfunción masticatoria, dificultades en la fono-articulación del lenguaje, alteración de la postura corporal, etc.

k) Congestión del sistema adenoideo: el sistema adenoideo de la retrofaringe, compuesto por múltiples ganglios y vasos linfáticos, se congestiona fácilmente cuando el niño tiene una función de succión-deglución anormal.

l) Riesgos de otitis y enfermedades respiratorias: la congestión del sistema adenoideo involucra una congestión de la mucosa respiratoria y de la trompa de Eustaquio. La diferencia de temperatura, en más o menos grados que la leche materna, y el azúcar agregada a la mamadera pueden causar congestión de las mucosas. La mucosa respiratoria y la trompa de Eustaquio congestionadas se hacen insuficientes y por lo tanto vulnerables a la infección, siendo ésta una de las causas frecuentes de enfermedades respiratorias, alergias y otitis media en los lactantes alimentados con mamadera.

m) Hábito de respiración bucal: episodios de congestión de la mucosa respiratoria y del sistema adenoideo, obligan al niño a buscar la alternativa de la respiración bucal para ingresar el aire necesario a sus pulmones. Si estos episodios son frecuentes o prolongados, el niño adquiere el hábito de respiración bucal, con todas las consecuencias que ello acarrea: falta de ventilación adecuada, infecciones respiratorias recurrentes, hipoacusia, alteración del desarrollo de las cavidades paranasales, del desarrollo torácico y de la postura corporal, alteraciones del desarrollo máxilo-facial y de la oclusión dentaria, disfunción labial y lingual, alteración de la fono-articulación, desarmonía estética facial, fascies típica del respirador bucal, etc.

n) Alteración de la postura cérvico-cranial y del eje vertical del cuerpo: la disfunción linguomandibular producida por una función alterada de la succión-deglución-respiración, produce una alteración de la posición de la cabeza y el cuello con respecto a la cintura escapular y el eje vertical del cuerpo.

o) Alteraciones del desarrollo máxilo-dentario: el buen desarrollo de los maxilares y de la oclusión o mordida, dependen en gran medida del equilibrio de las fuerzas de presión-tracción que ejercen los músculos sobre las estructuras óseas con las que se relacionan. Cuando el niño usa una mamadera inadecuada, no hace fuerza de vacío succional, de gran importancia para el equilibrio de las presiones-tracciones musculares internas (de la lengua y velo del paladar) y externas (labios y mejillas).

p) Mayor riesgo de caries: el azúcar o los alimentos azucarados agregados a la leche de la mamadera son la causa del gran número de caries que presentan los niños alimentados artificialmente.

q) Creación de hábitos disfuncionales de succión: la prolongación de la succión, ya sea de chupete o mamadera, más allá del tiempo para el cual está programada como función básica, crea en el niño una dependencia, transformándose en hábitos disfuncionales que alteran en menor o mayor grado el desarrollo morfofuncional de los complejos orofaríngeo y dento-máximo-facial. (subsecretaría de salud pública, 2010.)

7.7 Comparación entre leche humana y leche de Vaca.

1. La osmolaridad de leche humana permite que el niño amamantado no necesite una digestión suplementaria con agua.
2. La leche humana es más fácil de digerir por el niño, contiene caseína que tiene la propiedad de formar micelas pequeñas y blandas lo que permite que el vaciamiento gástrico de la leche se realice en hora y media.
3. El contenido proteico de la leche humana es suficiente para cubrir los requerimientos del lactante sin producir una carga renal de nitrógeno proteico.
4. La proteína del suero más abundante de la leche humana es la alfa lacto albúmina, proteína de alto valor biológico.
5. La lactoferrina favorece la digestión del hierro.
6. El lisosoma cumple función inmunológica y también posee función antiinflamatoria.
7. La leche de vaca no contiene taurina.
8. La leche humana contiene la única proteína de origen animal cuya relación cistina/meionita es de 2:1 semejante a la proteína vegetal.
9. La leche humana contiene menos ácidos grasos de cadena mediana y posee más ácidos grasos saturados.
10. La leche materna dispone de una lipasa que se activa en presencia de los ácidos biliares y que facilita la digestión de la grasa en el recién nacido.
11. El hierro de la leche humana se absorbe en un 50%. El de la leche de vaca solamente en un 20% y el de las formas fortificadas solo en un 4%.

12. Los componentes vocativos de la leche humana son: Moduladores de crecimiento, enzimas, hormonas; estos no se encuentran presentes en la leche de vaca, ni en formas lácteas.

7.8 Lactancia materna para el óptimo crecimiento y desarrollo infantil.

La mejor manera de alimentar a los (as) bebés, y la más segura, es amamantarlos (as) exclusivamente, es decir, que él (la) niño (a) no reciba ni agua, ni té, ni refresco diferente a leche materna, ni utiliza pachas, mamaderas chupetas, consoladores o cualquier producto que pueda colocarse en su boca para calmar su llanto.

Los (as) bebés no necesitan nada diferente a la leche materna, durante los primeros seis meses de vida, ya que la leche de su madre contiene todos los nutrientes que necesita, tales como:

- La cantidad de proteína adecuada a las necesidades del (de la) niño (a). Si se compara la leche materna con la leche de vaca, se verá que esta última tiene más proteína pero ésta es demasiado para lo que el (la) bebé necesita y son de una clase diferente. Con frecuencia esas proteínas causan inflamación y alergia en los (as) bebés. Algunos aminoácidos que se encuentran en las proteínas de la leche materna y que son indispensables para el desarrollo del cerebro del (de la) bebé, no se encuentran en otras leches en la cantidad requerida.
- Contiene taurina, un aminoácido esencial para el prematuro y muy importante para el desarrollo del (de la) recién nacido (a), puesto que es necesaria para conjugar los ácidos biliares y es además, un posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.
- Contiene más lactosa que la mayoría de leches de otros mamíferos, (la lactosa es el azúcar natural de la leche). La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del hierro y del calcio y promueve la colonización intestinal del *lactobacillus bifidus* que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.
- Las vitaminas que el (la) bebé necesita, en las proporciones adecuadas por lo que no es necesario darle suplementos vitamínicos ni jugos de frutas durante este período. Los jugos y las vitaminas no solo no son necesarios sino que pueden

causar problemas al lactante menor, como es el caso de los de frutas cítricas que pueden precipitar la aparición de alergias en niños (as) predispuestos (as).

- La cantidad suficiente de hierro que el (la) niño (a) necesita pues el hierro de la leche materna es absorbido hasta en un 50% por el intestino, debido a los factores de transferencia contenidos en ésta y que no se encuentran en la leche de vaca. El hierro contenido en la leche de vaca, se absorbe solamente en un 10% y el de las preparaciones para lactantes, fortalecidas con hierro, se absorbe solamente en un 4%. Los (as) niños (as) amamantados (as) con leche materna no desarrollan anemia ferropénica y no necesitan suplemento de hierro en los primeros seis meses de vida.

- La cantidad de agua que el (la) bebé requiere, aún en climas cálidos.

- La cantidad correcta de sal, calcio y fosfatos.

- Factores de crecimiento.

- Una enzima llamada lipasa, específica de la leche materna, que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares y que interviene en la digestión de las grasas.

Una segunda razón por la cual debe darse al bebé lactancia exclusiva es porque protege tanto la salud del (de la) niño (a) como la de la madre. Los (as) niños (as) amamantados (as) exclusivamente, tienen menos diarrea que los alimentados con biberón. Y por otra parte presentan menos infecciones respiratorias y del oído medio.

Las razones por las cuales los (as) niños (as) amamantados (as) tienen menos infecciones son:

- La leche materna es limpia y no tiene bacterias.

Contiene:

- Anticuerpos (inmunoglobulinas) contra muchas infecciones comunes. Estas ayudan a proteger al (a la) bebé contra la infección hasta que sea capaz de fabricar sus propios anticuerpos. Si una madre tiene una infección, en su leche aparecerán, muy rápidamente, anticuerpos contra esa infección.

- Células sanguíneas blancas, vivas, (leucocitos) los cuales ayudan a luchar contra la infección.
- Una sustancia denominada "factor bífid", carbohidrato complejo que contiene nitrógeno, que no está presente en los derivados de la leche de vaca y que ayuda a que el "lactobacillus bífidus" crezca en el intestino del (de la) niño (a) evitando el crecimiento de otras bacterias dañinas.
- Lactoferrina, sustancia que favorece la absorción del hierro. Además, al ligarse con el hierro evita que éste sea utilizado por los gérmenes patógenos intestinales que necesitan hierro para crecer. Por lo que se dice tiene una acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferodependientes.

Si el (la) niño (a) recibe suplementos de hierro, pueden interferir con la función de la lactoferrina ya que ésta se satura y no acepta más hierro el que al quedar libre puede ser utilizado por bacterias.

Los (as) bebés que continúan siendo amamantados (as) durante una infección, se recuperan más rápidamente que aquellos (as) a quienes se les suspende el amamantamiento.

La lactancia materna exclusiva, aumenta el intervalo entre embarazos. La amenorrea, asociada a la lactancia exclusiva representa un importante mecanismo para espaciar los nacimientos y ofrece protección, superior al 98%, frente a un nuevo embarazo durante los primeros seis meses. Mientras más exclusiva sea la lactancia mayor es la infertilidad que determina.

Es importante considerar la relación entre el espaciamiento de los embarazos, la lactancia y su impacto sobre la salud. Un período intergenésico de por lo menos seis meses después del destete completo permite a la mujer estar en condiciones adecuadas para enfrentar un nuevo embarazo.

En el método de la amenorrea de la lactancia (MELA) se le pregunta a la madre:

- Si su niño tiene menos de 6 meses.
- Si se mantiene en amenorrea. Y
- Si está amamantando en forma exclusiva, tanto de día como de noche.

Si la respuesta a las tres preguntas es positiva, se le explica a la madre, que tiene menos riesgo de un embarazo (menor al 2%) y que por lo tanto no necesita otro método de planificación familiar en este período.

Si la respuesta a alguna de las preguntas es negativa, se debe considerar el empleo de un método complementario de planificación familiar que no interfiera con la producción de leche.

La leche materna, no siempre tiene la misma composición, sino que varía:

- Según la edad del (de la) niño (a); puede ser Calostro y Leche Madura.
- Si se trata del comienzo de la mamada o del final de la misma.
- Si es un niño prematuro o a término. (MINSA, 2010)

7.9 Apego Precoz.

El vínculo de Apego es un lazo afectivo, primario y específico entre una cría y un adulto de la misma especie, destinado a garantizar evolutivamente el desarrollo adecuado de las crías a través de un proceso de regulación fisiológica, emocional y neuroendocrina. "Primario" significa que la necesidad de vincularse es una urgencia biológica, innata de la misma importancia para la supervivencia de la especie que la alimentación y la procreación.

Las evidencias del carácter primario de la vinculación fueron aportadas por Harlow en macacos: él demostró que el mono sacrificaba incluso la alimentación por la necesidad de afecto y por la necesidad de seguridad, en el diseño de madres sustitutas de alambre con biberón y madres sustitutas de peluche. En humanos el tipo de apego que se consolida a partir de los 12 meses de vida es la culminación del proceso de interacción entre el bebé y la figura primordial de apego, depende por lo tanto de las características de dicha interacción que pueden ser modificadas con intervenciones específicas.

La calidad del proceso de vinculación constituye una urgencia existencial en la medida que determina la salud a lo largo de la vida. En efecto, apegos de tipo seguro se correlacionan con niños sanos que devienen adultos sanos y apegos de tipo ansioso y desorganizado se correlacionan con trastornos del desarrollo, maltrato y negligencia hacia los niños y psicopatología evolutivamente. Por eso la lucha intensa por parte de las autoridades de salud como la OMS en promover el apego precoz entre la madre e hijo. (Velasquez., 2013)

7.10 Técnicas del Amamantamiento.

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores: amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanta frecuencia como sea necesario. Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la

madre para colocar a su bebé al pecho y ajustar su boca alrededor de la aréola y el pezón.

Por lo anterior, vemos que el amamantamiento debe comenzar inmediatamente después del parto. La primera hora, después del parto, es el momento más importante para que se establezca un lazo estrecho entre madre e hijo y para que el bebé aprenda a succionar, ya que por lo general está alerta y su reflejo de succión es fuerte.

El contacto piel a piel puede ser: completo si el (la) bebé está desnudo (a) sobre el cuerpo de la madre o cerca de ella en la cama o puede ser parcial, es decir, la carita del (de la) bebé contra el pecho de la madre, la mano de la madre sobre el cuerpo del (de la) bebé. Pero, si el cuerpo del (de la) bebé está completamente cubierto, la madre puede estar sosteniéndolo (a) pero no tener un contacto piel a piel con él (ella).

Debemos de recordar que si el (la) niño (a) es amamantado correctamente: La glándula mamaria produce leche a través del estímulo de la succión. Extrae suficiente leche, en calidad y cantidad, para satisfacer su hambre y su necesidad de *chupar*. *Satisface todas sus necesidades nutricionales con mínimo desgaste metabólico*. No provoca molestias en la madre y ella siente verdadero placer de amamantar su hijo (a) y satisface psico-emocionalmente tanto a la madre como al (a la) niño (a).

Para obtener la posición correcta se debe tener en cuenta, tanto la comodidad de la madre como la del (de la) niño (a), considerando la adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre.

- Correcta posición de la madre.
- Correcta ubicación del (de la) niño (a) con respecto al cuerpo de la madre.
- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según demanda el (la) niño (a).
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche.

Cualquiera que sea la posición que adopte la madre, lo más importante es que el (la) niño (a) quede a la altura del pecho, sin tener que girar, extender o halar demasiado la cabeza para lograrlo y frente al cuerpo de su madre.

La elección de la posición para amamantar depende de las circunstancias de la madre y del (de la) niño (a) y ha de ser la más cómoda y eficiente para ambos.

La madre puede amamantar sentada o acostada. De preferencia debe buscar un lugar tranquilo, sin demasiado ruido e iluminación. Si esto no es posible hacerlo discretamente en cualquier lugar.

Hay muchas posiciones que son más favorables para casos específicos como la madre cesareada, los gemelos, el (la) niño (a) hipotónico, el (la) niño (a) con labio leporino o paladar hendido, etc.

Veamos algunas posiciones:

➤ **Posición de (de la) niño (a) con la madre sentada:**

Esta es la más común. Si la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, con un respaldo firme para apoyar bien la parte posterior del tórax, esto evitara el dolor de espalda que las madres refieren y que se interpreta como que el/la bebé succiona muy fuerte y está dañando los pulmones de la madre. Es más cómodo apoyar los pies sobre algún mueble. Si el (la) niño es demasiado pequeño es conveniente usar una almohada o cojín para acomodarlo a la altura del pecho.



Posición sentada.

➤ **Posición de sandía o de pelota:**

En esta posición se ubica el (la) niño (a) con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. Esta sostiene la cabeza del (de la) niño (a) con la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama y su antebrazo le sostiene la espaldita. La mano contraria ofrece el pecho. Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente. También se recomienda en caso de cesárea ya que con ella no se presiona el abdomen o la herida. Hay madres que prefieren esta posición para alimentar en casos normales.



Posición de Sandia.

➤ Posición reversa:

La madre ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta. La otra mano sostiene la cabeza del (de la) niño (a). En esta posición se requiere de una almohada o cojín para ubicar el cuerpo del (de la) niño (a) a la altura de los pechos. Esta forma permite deslizar al niño de un pecho al otro sin cambiarlo de posición. Es útil cuando el (la) niño (a) tiene preferencia por un pecho o cuando en la posición tradicional acostado se estimula el reflejo de búsqueda con el roce del brazo.



Posición Reversa.

➤ Sentado frente a la madre:

En esta posición el (la) niño (a) se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas hacia el lado, entre el brazo y el tronco de la madre. La madre afirma el cuerpo del (de la) niño (a) con el antebrazo del lado que amamanta. Esta posición resulta más cómoda sentando al niño sobre una almohada o cojín.

➤ Posición de caballito:

Es una pequeña variación de la posición anterior. El nombre de la posición de caballito viene de que el (la) niño(a) se ubica frente al pecho de la madre, montado

sobre su piernas. En las posiciones verticales, la mano que afirma la cabeza debe ubicarse en forma de e en la base del cráneo, apoyando los dedos medio y pulgar detrás de las orejas. Si se apoya la parte posterior de la cabeza con la palma de la mano, el (la) niño(a) responde con un reflejo de extensión que lo hace llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho. Estas posiciones verticales se recomiendan en casos de mamas muy grandes, grietas del pezón, reflejo eyecto lácteo aumentado, niño(as) hiper o hipo tónicos (as) niños(as) con labios leporinos o paladar hendido.



Posición de caballito.

➤ Mano de bailarina.

En el caso del (de la) niño(a) hipotónico(a) también es importante la posición de la mano que ofrece el pecho. La mano en "c" sostiene al pecho, pero el dedo índice se adelanta y se apoya debajo del mentón del (de la) niño(a) (mano de bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión.



Mano Bailarina.

Posiciones del (de la) niño(a) con la madre acostada

➤ Posición tradicional, niño acostado de lado:

El (la) niño (a) esta acostado(a) en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del (de la) niño (a) se apoya en la parte interna del Angulo del codo y queda orientado en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del (de la) niño(a) queda en intimo contacto con el abdomen de la madre y su brazo debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo se acuna al niño(a) debe tomarlo firmemente de la región glútea de manera que la madre con solo desplazar el brazo pueda acercar o alejar el (la) niño (a) al pecho.

Con la otra mano la madre debe ofrecer el pecho estimulando el reflejo de búsqueda mediante el roce del labio inferior del (de la) niño(a) para que abra la boca.

➤ **Niño(a) sobre la madre, en decúbito ventral:**

En esta posición la madre esta acostada de espaldas y el (la) niño(a) se acuesta en decúbito ventral sobre su pecho. Ella le sostiene la frente con su mano. Esta posición es muy práctica cuando el reflejo de eyección es excesivo.



Decúbito ventral.

➤ **Amamantamiento de gemelos:**

Para amamantar gemelos la madre debe buscar la posición que sea más cómoda y adecuada a: características de sus pechos, condición de los niños, indicaciones especiales, etc. Es necesario ayudarla para que en lo posible adopte una técnica que le permita amamantar a ambos niños simultáneamente, uno de cada pecho. Otro paso importante es evitar la lesión en el pecho y en el tejido del pezón en el caso de necesidad de interrumpir la succión del (de la) bebé. Para esto, la madre coloca un dedo en la comisura de la boca del (de la) bebé y lo introduce suavemente entre sus encías. Se interrumpe así la succión y se puede entonces apartar al bebé del pecho sin peligro.



¿Cómo se sabe si un bebe esta mamando en la posición correcta?

- ✓ Su cuerpo está pegado al cuerpo de la mama.

- ✓ La boca y la mandíbula están pegados al pecho.
- ✓ La boca está completamente abierta y los labios se ven revertidos.
- ✓ La mayor parte de la areola, o toda ella, está escondida en la boca del bebé
- ✓ El (la) niño (a) da chupadas grandes y despaciosas.
- ✓ El (la) niño (a) esta relajado y feliz.
- ✓ La mama no siente dolor en los pezones.

7.11 Técnicas de extracción manual de la leche materna.

La extracción manual es la forma más económica y conveniente para que una madre extraiga su leche. Además, la extracción manual le ayuda a mantener su producción, prevenir y aliviar la congestión de sus pechos. Es importante también que la madre aprenda la forma de alimentar a su bebé que no interfiera con el amamantamiento.

La extracción manual se recomienda cuando:

- ✓ Las madres no pueden comenzar a amamantar.
- ✓ Las madres tienen separaciones periódicas.
- ✓ La madre está hospitalizada.
- ✓ El bebé es prematuro o de muy bajo peso.
- ✓ Evitar y/o aliviar la congestión mamaria.
- ✓ Para aliviar el goteo.

Extracción y conservación de la leche materna:

- ✓ Prepare un recipiente limpio, de boca ancha, como una tasa o un plato hondo.
- ✓ Lávelo con agua y jabón.
- ✓ Vierta agua hirviendo en el recipiente y déjela cinco minutos.
- ✓ Bote el agua del recipiente cuando comience a extraerse la leche.
- ✓ Lave sus manos, coloque el recipiente sobre la mesa y sosténgalo con una mano para recoger la leche extraída.
- ✓ Si el pecho esta duro y doloroso, inclínese hacia delante y, con mucha delicadez empiece a tocar la piel del pecho; primero, en las áreas más lejanas del pezón, tratando de detectar los sitios más sensibles y los más

duros, intentando disolver la dureza con un masaje circular, muy suave en estas áreas.

- ✓ Apenas este blando, vaya alejándose poco a poco hasta acercarse a la areola.
- ✓ Casi siempre, en este momento empieza a gotear la leche. Coloque su mano en forma de "C" el dedo pulgar sobre la parte superior de la areola y el dedo índice por debajo de ella. Recuerde que los senos lactíferos están por debajo de la areola, así que trate de abarcarla toda.
- ✓ Presione con el pulgar y el índice hacia adentro, dirigiéndose hacia la pared del tórax (las costillas). De esta manera, aísla los senos lactíferos del resto del tejido del pecho.
- ✓ Ahora, sin que sus dedos resbalen, quemando la piel que esta delicada y tensa, haciendo un movimiento de rotación, presione sobre los senos lactíferos, como cuando se toman huellas digitales y comience a presionar y soltar, presionar y soltar.
- ✓ Presione y suelte. Al comienzo, puede que no salga leche, pero después esta gotea y luego observara que, en la mayoría de los casos, hay chorros diminutos de leche, como si fuera una regadera, pudiendo llegar muy lejos, en los casos en que el reflejo de eyección sea muy activo.
- ✓ En una mamá relajada, los chorros de leche pueden alcanzar varios metros y ser motivos de satisfacción; en una mamá, antes tensa y dolorida puede ser una demostración de gran valor psicológico, de motivación y felicidad, al saber que ella si produce leche en cantidad.
- ✓ No apriete el pezón. La presión, o la tracción del pezón, no exprimen leche.
- ✓ Cambie la posición de los dedos alrededor de la areola, siguiendo un orden por ejemplo, la dirección de las manecillas del reloj, para que así se drenen los todos los senos lactíferos con eficiencia.

¿Cómo guardar la leche extraída?

- ✓ El envase utilizado deberá taparse para guardar la leche.

- ✓ Guardar en el envase sólo la cantidad de leche que consumirá el bebé en una comida.
- ✓ Si la madre guarda varios envases, debe usarse la leche más vieja.

Cuando no se dispone de refrigeración. La leche se mantiene bien, en un envase limpio, a temperatura ambiente de 8 a 10 horas.

Cuando se dispone de refrigeración. Coloque el envase, en la parte más fría del refrigerador durante 48 a 72 horas.

Si la congela. Puede guardarla durante 3 meses en el freezer de su refrigerador. No se recomienda volver a congelar la leche materna que ha sido descongelada total o parcialmente.

Para descongelar la leche Descongele lentamente, dejándola en el refrigerador la noche anterior (del freezer a la parte baja del refrigerador). Momentos antes de usarla colocarla en un recipiente con agua tibia, no hirviendo, y usarla dentro de un periodo no más de 12 horas.

7.12 Problemas durante la lactancia y forma de resolverlos.

Problema: Pezones planos o invertidos



Pezones planos y comunes. Pezón Invertido.

Solución:

- Estimulación de los pezones antes de amamantar.
- Uso de extractor de leche.
- Dar pecho inmediatamente después del parto.
- Succión del compañero.
- Extracción manual temporal de la leche.

Problema: Grietas del pezón

Descripción: Causada por posturas inadecuadas, por demoras en la alimentación del bebé, alergias o por que los pezones no se han mantenido secos.

Solución:

- Utilizar técnica adecuada de amamantamiento.
- Cambiar de posición.
- No distanciar las mamadas.
- Cubrir la areola y pezón con leche materna y secar al sol.
- No usar cremas cicatrizantes.

Problema: Dolor al amamantar

Descripción: Se da por el mal acoplado de boca-pecho al mamar. La presión de las encías y la tracción del pezón produce dolor.

Solución:

- Buena posición y acoplamiento del niño al amamantar.

Problema: Congestión mamaria

Descripción: Es la retención de leche producida por vaciamiento infrecuente y/o insuficiente de las mamas. Ambas mamas están aumentadas de tamaño y sensibles.

Solución:

- Uso de analgésicos.
- Uso de compresas frías en ambas mamas.
- Extracción manual o mecánica frecuente.
- No dejar de dar el pecho.

Problema: Micosis mamaria

Descripción: Es una infección en la zona del pezón y de la areola, producida por el hongo *Candida* o *Cándida A*, conocida como *Muget* o *algodoncillo*.

Solución:

- Tratar a ambos (madre e hijo) con anti micóticos locales (Nistatina) después de cada mamada durante 10 días.
- No suspender el amamantamiento.

Problema: Absceso mamario

Descripción: Hinchazón dolorosa, caliente que al palparla se siente como llena de líquido.

Solución:

- Uso de paños tibios.
- Uso de antibióticos de 10 a 14 días.
- Uso de analgésicos.
- Drenaje de absceso.
- Extracción manual de la leche.

Problema: Cirugía mamaria previa

Descripción: Hay remoción de tejido glandular, ausencia de permeabilidad de conductos u obstrucción.

Solución:

- Amamantar más frecuente mente.
- *Extracción manual para incrementar estímulo de producción.*

Problema: Reflejo de eyección inhibido

Descripción: La inseguridad, la tensión y el dolor al amamantar puede interferir con el reflejo de salida de la leche impidiendo un buen vaciamiento mamario, por lo tanto una disminución en la producción de leche

Solución:

- Dar respuesta a los problemas que causen dolor o tensión en la madre.
- Revisar técnicas de amamantamiento.

Problema: Reflejo de eyección excesiva

Descripción: Descarga de leche que atraganta al niño o bien la deglución de una cantidad excesiva de leche. Produce distensión gástrica dolorosa

Solución:

- Extraer un poco de leche antes de iniciar la mamada

7.13 Contraindicaciones absolutas de la lactancia materna:

Las únicas contraindicaciones absolutas de la lactancia materna son:

- Galactosemia del niño (a).
- Quimioterapia oncológica en la madre

La galactosemia es la única condición del niño(a) que contraindica en forma completa y permanente, la alimentación con leche materna, debido a la carencia en el niño (a) de la enzima que metaboliza la galactosa.

La leche de la madre que se encuentra en quimioterapia oncológica contiene drogas, que al pasar al niño (a), lo pueden dañar, por lo que constituye una contraindicación absoluta de la lactancia materna.

7.14 Normas técnicas de la lactancia materna en los hospitales

A partir de 2013, UNICEF ha adaptado la iniciativa a las necesidades de reducción de la mortalidad materna-infantil en el país con la incorporación de nuevos criterios de certificación relacionados con el control prenatal, parto limpio y reducción de sepsis neonatal y registro oportuno de nacimiento. La Iniciativa ampliada se desarrolla en los hospitales y la atención primaria, promoviendo, fomentando y apoyando la lactancia materna exclusiva, hasta los seis meses de edad y con alimentación complementaria hasta los dos años, lo cual lo realiza a través de las siguientes normas:

1. Contar con un comité de lactancias maternas conformado con un equipo multidisciplinario, responsable de velar por la correcta implementación y cumplimiento de las normas.
2. Contar con normas y procedimientos específicos para cada servicio sobre la lactancia materna en base a los lineamientos generales.
3. Dar a conocer a todo el personal hospitalario y el personal de nuevo ingreso las normas de lactancia materna para su debido cumplimiento.
4. Brindar capacitación teórica- práctica en relación a la lactancia materna por un tiempo mínimo de 18 horas a todo el personal hospitalario.
5. Garantizar el cumplimiento del código internacional de comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

6. Cumplir y hacer cumplir el decreto ministerial 54-94 a favor de la lactancia materna para los trabajadores de salud.
7. Brindar información a toda mujer embarazada que acuda por cualquier causa; de los beneficios y el manejo de la lactancia materna
8. Reforzar conocimientos a toda embarazada que asista al hospital para su atención del parto sobre los beneficios y manejo de la lactancia materna.
9. Colocar el pecho a todo recién nacido durante la primera hora después del nacimiento ya sea fisiológica o por cesárea.
10. Mostrar a las madres la forma de amamantar al niño(a) y como mantener la lactancia aun cuando tenga que separarse de ella.
11. Enseñarle a las madres la extracción manual de su leche. El centro debe de contar con un lactario para su almacenamiento si es el caso.
12. Promover que todo recién nacido debe ser alimentado con leche materna en forma exclusiva.
13. Evitar el uso de agua, formula artificial a los recién nacidos.
14. Asegurar que todo recién nacido permanezca con su madre las 24 horas del día y ambos sean dados de alta en el mismo momento.
15. Facilitar que el niño sea amamantado a libre demanda permitiendo la entrada de la madre sin restricción alguna.
16. Informar a las madres el hecho de alimentar a su hijo a libre demanda.
17. Prohibir el uso de biberones, chupeta (consoladoras) y mamilas en los servicios hospitalarios.
18. Evitar la administración de medicamentos, sedantes, analgésicos y anestésicos, hormonas e inclusive que puedan inferir directa o indirectamente en el inicio y establecimiento de la lactancia materna.
19. Fomentar la creación y funcionamiento de grupos de apoyo a la lactancia materna dentro y fuera del hospital.

20. Informar a toda madre que es dada de alta, sobre la existencia de los grupos de apoyo y referirla a ellos.

21. Proporcionar educación a los familiares para que apoyen a la madre lactante en el hogar.

22. Controlar que los regalos ofrecidos a las madres no contengan productos comerciales que no estimulen el amamantamiento.

23. El equipo de dirección del hospital debe coordinar acciones con las unidades de atención primaria en salud a fin de cumplir con lo relacionado a la atención integral a la mujer y niñez.

7.15 Diez pasos de una lactancia materna exitosa y sus anexos.

1. Disponer de una política por escrito relativo a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerlo s en prácticas.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres como se debe de dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de los mares y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.

9. No dar a los niños alimentados los pechos chupadores o chupetas artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contactos con ellos a su salida del hospital o clínicas.

Anexos:

1. Cuestionario para cuidar e identificar las practicas del hospital referido a la lactancia o alimentación infantil.
2. Código internacional de comercialización y el rol del director/administrador y personal para defenderlo.
3. Recomendaciones en cuanto al VIH y alimentación infantil.

VIII. METODOLOGÍA

MATERIAL Y METODO.

Tipo de estudio.

- Estudio descriptivo de corte transversal de los denominados estudios CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas).

Área de estudio.

- Servicio de Emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense ubicado en el departamento de Managua que recibe pacientes de distintas procedencias del país.

Periodo de estudio.

- El periodo de estudio fue durante el mes de noviembre del año 2016.

Universo.

- Constituido por 192 madres de niños menores de un año que acudieron a la atención de emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense en el mes de noviembre del 2016.

Muestra.

- Se utilizó un muestreo aleatorio simple dado por $n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0-1)}{N}}$. La muestra está constituida por 82 madres de niños menores de un año que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, para minimizar el efecto de la varianza se iguala $P=Q$. Con una confianza ($Z_{\alpha/2}$) del 95% y un error permisible (ϵ) de 0.82%.

Criterios de inclusión:

- Madres con niños menores de un año que acudieron a la atención de emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense en el mes de noviembre del 2016.
- Madres que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Madres que no desearon colaborar con el estudio.
- Madres con niños mayores de 1 año de edad.

- Madres que acudieron a atención de urgencia.

Variables en estudio:

Para el objetivo específico #1:

Características sociodemográficas:

- Edad
- Procedencia
- Religión.
- Estado Civil.
- Escolaridad
- Ocupación.
- Lugar de atención del parto.
- Número de hijos.

Para el objetivo específico #2:

Conocimiento:

- La leche materna contiene toda la energía, vitaminas y agua que su bebé necesita para crecer y desarrollarse adecuadamente durante los primeros 6 meses de vida.
- El dar sólo pecho a su bebé durante los primeros meses de vida lo protege de enfermar de diarrea, infecciones y de neumonía grave.
- Se debe fomentar el apego precoz al pecho materno durante la primera hora de vida, en todos los nacimientos para disminuir el riesgo de presentar complicaciones en el bebé.
- La bajada de la leche ocurre alrededor del tercer día posterior al nacimiento del bebe.
- Se debe dar sólo pecho materno a su bebé, sin ninguna otra leche, ni alimento, *durante los primeros seis meses de vida.*
- Se recomienda realizar finalización de la lactancia materna alrededor del segundo año de vida.
- Las madres con pezones planos o invertidos se les hace imposible dar de mamar a sus bebés.

- La capacidad de la madre para producir suficiente leche para sus bebés depende principalmente de su contextura física y del tamaño de que estén sus pechos.
- La lactancia materna contribuye a la salud física, inmunológicamente y emocional del niño.
- Dar el pecho disminuye riesgo de presentar cáncer de mama y ovarios a la madre.
- Dar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, sirve como un método de planificación.

Para el objetivo específico #3:

Actitudes:

- Merece la pena dar lactancia materna y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé.
- La leche materna protege al bebé contra las infecciones.
- Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca.
- Al retardarse la bajada de la leche conviene disminuir la toma de pecho materno e iniciar el uso de fórmulas artificiales.
- Se debería probar la introducción de alimentos distintos a la leche antes de los seis meses de vida.
- Se considera conveniente alimentar de forma complementaria con leche materna hasta los dos años de vida.
- Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna.
- Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé.
- Los bebés alimentados con leche materna tienden a ser más seguros e inteligentes a medida que crecen en comparación a los bebés alimentados con fórmula artificial.

- Se considera que al brindar lactancia materna se previene la aparición de cáncer de mamas y ovario en la madre, así como disminución del sangrado postparto.

Para el objetivo específico #4:

Prácticas:

- Doy lactancia materna a mis bebés para que gocen de un buen crecimiento y desarrollo.
- Protejo a mi bebe de las infecciones brindándole lactancia materna los primeros meses de vida.
- Inicié a dar pecho materno a mi bebe dentro de su primer hora de nacido(a)
- Evito el uso de fórmula artificial durante los primeros días posteriores al parto.
- Dejaré de dar de mamar a mis bebés alrededor de los dos años.
- Iniciaré la introducción de alimentos distintos a la leche a partir de los 6 meses.
- Desistiré de continuar con lactancia materna de presentar algún problema en los pezones.
- Brinda el pecho materno sin importarle su contextura física, tamaño de sus pechos o presencia de anemia en la madre.
- Observo un mayor vínculo afectivo al darle pecho materno a mi bebé
- Doy lactancia materna porque es económico y mejora mi salud y la de mi bebe
- Realiza limpieza de sus pecho antes y después que amamanta a su bebe
- Se coloca al bebe contra su cuerpo y da golpecitos en la espalda cuando tiene cólicos
- Si los senos le duelen deja usted de darle pecho materno al niño
- Si usted se extrae la leche, la guarda en un recipiente tapado para una sola toma.

Plan de análisis (cruce de variables)

- ✚ Edad de la madre ————— Conocimiento
- ✚ Escolaridad ————— Conocimiento
- ✚ Lugar de trabajo ————— Conocimiento
- ✚ Lugar de atención del parto ————— Conocimiento
- ✚ N° de hijos ————— Conocimiento
- ✚ Edad de la madre ————— Actitud
- ✚ Escolaridad ————— Actitud
- ✚ Lugar de trabajo ————— Actitud
- ✚ Lugar de atención del parto ————— Actitud
- ✚ N° de hijos ————— Actitud
- ✚ Edad de la madre ————— Practica
- ✚ Escolaridad ————— Practica
- ✚ Lugar de trabajo ————— Practica
- ✚ Lugar de atención del parto ————— Practica
- ✚ N° de hijos ————— Practica

Operacionalización de las variables:

Objetivo #1: Describir las características sociodemográficas de las madres sujetas al estudio.

Variable	Concepto	Indicador.	Escala.	Valor.
Edad de la Madre	Número en años desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta de la madre.	Años.	Ordinal.	15-20. 21-25 26-30 31-35. Mayor de 35.
Estado civil	Condición de cada persona en relación a que si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil.	Nominal.	- Soltera - Casada - Unión de hechos.
Procedencia	Lugar de donde procede la madre encuestada.	Lugar.	Nominal.	- Urbano. - Rural.
Religión	Creencia o devoción por una entidad divina	Religión.	Nominal.	-Católica -Evangélica -Testigo de Jehová -Otro
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por la madre hasta el momento de la encuesta.	Escolaridad.	Nominal.	- Analfabetas - Primaria - Secundaria - Técnico. - Profesional.
Ocupación	Labor a la que se dedican las madres hasta el momento de la encuesta.	Trabajo.	Nominal.	- Ama de Casa -Comerciante - Domésticas - Otros
Lugar de atención del parto	Lugar donde se dio el parto	Lugar.	Nominal.	-Domiciliar -Hospitalario
Número de Hijos	Cantidad de hijos que ha tenido la madre encuestada.	Número de hijos.	Ordinal.	- Uno - Dos - Más de dos.

Objetivo #2: Identificar el conocimiento que tienen acerca de la lactancia materna las madres sujetas al estudio.

Variable	Concepto	Indicador	Escala	Valor
La leche materna contiene todas las energías, vitaminas y agua que su bebe necesita para crecer adecuadamente durante los primeros 6 meses de vida.	Capacidad de las madres encuestadas de saber que cuales son los beneficios de la lactancia exclusiva para su bebe así como el tiempo adecuado de lactancia.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-Sí. -No. -No sabe.
El dar solo pecho materno durante los primeros meses de vida lo protege de enfermar de diarrea, infecciones y de neumonía grave.	Base teórica y conceptual que tienen las madres encuestadas acerca de los efectos positivos de la lactancia materna en la prevención de enfermedades.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-Sí. -No. -No sabe.
Se debe fomentar el apego precoz al pecho materno durante la primera hora de vida, en todos los nacimientos para disminuir el riesgo de presentar complicaciones en el bebé.	Bases teóricas y conceptuales que tienen las madres acerca de los efectos positivos del calostro.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-Sí. -No. -No sabe.
La bajada de la leche ocurre alrededor del tercer día posterior al nacimiento del bebe.	Capacidad de las madres de saber en qué momento deberá iniciarse la lactancia materna.	Lo referido por las madres encuestada.	Nominal.	-Sí. -No. -No sabe.
Se debe dar sólo pecho materno a su bebé, sin ninguna otra leche, ni alimento, durante los primeros seis meses de vida.	Capacidad de las madres de saber en qué momento deben iniciar alimentación diferente a la leche materna.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-Sí. -No. -No sabe.
Se recomienda realizar finalización de la lactancia materna alrededor del segundo año de vida.	Capacidad de las madres de saber hasta qué edad del niño(a) se le debe suspender la lactancia materna.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-Sí. -No. -No sabe.
La capacidad de la madre para producir suficiente leche para sus bebés depende principalmente de su contextura física y del tamaño	Bases teóricas que tienen las madres acerca del mecanismo por el cual se produce la lactancia y la forma de producir más cantidad de leche.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-Sí. -No. -No sabe.

de sus pechos.				
La lactancia materna contribuye a la salud física, inmunológicamente y emocional del niño.	Base teórica y conceptual que tienen las madres encuestadas acerca de los efectos positivos de la lactancia materna hacia sus bebés en varios aspectos de su vida.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-Sí. -No. -No sabe.
Dar el pecho disminuye riesgo de presentar cáncer de mama y ovarios a la madre.	Capacidad de las madres encuestadas de saber cuáles son los beneficios de la lactancia exclusiva para su propia salud.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-Sí. -No. -No sabe.
Dar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, sirve como un método de planificación.	Capacidad de las madres encuestadas de saber que la lactancia exclusiva sirve como método de planificación.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-Sí. -No. -No sabe.

Objetivo #3: Conocer la actitud que presentan las madres en relación a la lactancia.

Variable.	Concepto.	Indicador.	Escala.	Valor.
Merece la pena dar lactancia materna y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé.	Actitud que tienen las madres hacia la importancia de la lactancia exclusiva para sus hijos.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-De acuerdo. -Desacuerdo.
La leche materna protege al bebé contra las infecciones.	Actitud que tiene la madre ante proteger al bebé de enfermarse.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-De acuerdo. -Desacuerdo.
Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca.	Actitud de las madres de iniciar temprano la lactancia para aprovechar los beneficios del calostro.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-De acuerdo. -Desacuerdo.
Al retardarse la bajada de la leche conviene disminuir la toma de pecho materno e iniciar el uso de fórmulas artificiales.	Actitud de las madres ante el uso de fórmulas.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-De acuerdo. -Desacuerdo.
Se debería probar la introducción de alimentos distintos a la leche antes de los seis meses de vida.	Actitud ante el uso de alimentos complementarios antes de los seis meses.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-De acuerdo. -Desacuerdo.

Se considera conveniente alimentar de forma complementaria con leche materna hasta los dos años de vida.	Actitud de la madre ante la edad del destete.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-De acuerdo. -Desacuerdo.
Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna.	Actitud de las madres ante la presencia de afectaciones del pezón.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-De acuerdo. -Desacuerdo.
Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé.	Actitud de las madres ante las supuestas contraindicaciones de la lactancia.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-De acuerdo. -Desacuerdo.
Los bebés alimentados con leche materna tienden a ser más seguros e inteligentes a medida que crecen en comparación a los bebés alimentados con fórmula artificial.	Actitud que tienen ante la comparación de los beneficios de la lactancia exclusiva vs el uso de formulas artificiales.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-De acuerdo. -Desacuerdo.
Se considera que al brindar lactancia materna se previene la aparición de cáncer de mamas y ovario en la madre, así como disminución del sangrado postparto.	Actitud de las madres ante el hecho de que la lactancia ayuda a su propia salud.	Lo referido por las madres encuestadas.	Nominal.	-De acuerdo. -Desacuerdo.

Objetivo #4: Determinar las prácticas sobre lactancia materna que han ejercido las madres con sus hijos hasta el primer año de edad.

Variable	Concepto	Indicador	Escala.	Valor.
Doy lactancia materna a mis bebés para que gocen de un buen crecimiento y desarrollo.	Practicar la lactancia porque es el alimento ideal para el recién nacido.	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
Protejo a mi bebe de las infecciones brindándole lactancia materna los primeros meses de vida.	Practica de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
	Practica de lactancia en las	Lo referido por las	Nominal.	

Inicié a dar pecho materno a mi bebe dentro de su primer hora de nacido(a)	primeras horas de vida para aprovechar los beneficios del calostro.	madres encuestadas		-Sí. -No. -En ocasiones.
Evito el uso de fórmula artificial durante los primeros días posteriores al parto.	Practica de la lactancia materna exclusiva sin uso de formulas.	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
Dejaré de dar de mamar a mis bebés alrededor de los dos años.	Practica del destete, es decir la edad en que decide o decidirá dejar de darle pecho materno.	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
Iniciaré la introducción de alimentos distintos a la leche a partir de los 6 meses..	Practica de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad.	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
Desistiré de continuar con lactancia materna de presentar algún problema en los pezones.	Practica de la lactancia a pesar de presentar algún problema con sus pechos o pezones.	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
Brinda el pecho materno sin importarle su textura física, tamaño de sus pechos o presencia de anemia en la madre.	Practica de lactancia materna exclusiva sin poner excusas que aun no se han registrado.	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
Observo un mayor vínculo afectivo al darle pecho materno a mi bebé.	Practica de lactancia para lograr y sentir un vinculo afectivo con sus bebes.	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
Doy lactancia materna porque es económico y mejora mi salud y la de mi bebe.	Práctica de la lactancia por los múltiples beneficios de esta.	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
Realiza limpieza de sus pecho antes y después que amamanta a su bebe.	Práctica higiénica de la lactancia materna exclusiva.	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
Se coloca al bebe contra su cuerpo y da golpecitos en la espalda cuando tiene cólicos.	Practica adecuada de la extracción de los cólicos del lactante.	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
Si los senos le duelen deja usted de darle pecho materno al niño.	Practica adecuada de la lactancia a pesar de <i>afectaciones del pecho.</i>	Lo referido por las madres encuestadas	Nominal.	-Sí. -No. -En ocasiones.
Si usted se extrae la leche, la guarda en un recipiente	Practica adecuada y manejo	Lo referido por las	Nominal.	-Sí. -No.

tapado para una sola toma.	adecuado de la lactancia materna extraída manualmente.	madres encuestadas		-En ocasiones.
----------------------------	--	--------------------	--	----------------

Técnica y método de recolección de la información:

Para obtener la información se procedió a realizar las siguientes actividades:

1. Gestión de autorización por escrito de subdirector docente del hospital para tener acceso a las instalaciones de la emergencia pediátrica y a las madres de los niños en cuestión en el periodo de estudio establecido.
2. La fuente de información es primaria por medio de la elaboración de una encuesta, cuyo diseño está basado en el Manual de Estudios CAP publicado por la FAO de las Naciones Unidas, la cual fue llenada por las autoras durante la consulta a la emergencia. La encuesta consta de cuatro acápite correspondientes a las variables planteadas en el estudio que corresponden a los datos generales y socio demográficos de la población en estudio, conocimiento en Lactancia Materna, actitud en Lactancia Materna y practica sobre lactancia materna. A dicha ficha se le realizó una prueba piloto con 10 madres que acudieron a la consulta durante la última semana octubre del 2016 para realizar las respectivas correcciones y validarla.

Control de Sesgos:

Los sesgos de selección fueron controlados mediante definición operacional de las variables, la elaboración y la validación de la ficha de recolección de los datos, el uso de los criterios para la definición de casos, de manera que no ingresara al estudio nadie que no cumpliera los criterios establecidos. El sesgo de memoria se controló realizando la entrevista únicamente a la madre y dándoles el tiempo suficiente para promover el recuerdo de los hechos, el sesgo de información se controló mediante la realización de las entrevistas por el investigador.

Plan de tabulación y análisis

A partir de la recolección de la información se procedió a la tabulación de la misma a través del programa Microsoft office Excel 2010 siendo sometidas a análisis de frecuencia y porcentaje, interpretando los resultados mediante tablas y gráficos.

Sistema de evaluación:

Conocimiento: Para valorar el nivel de conocimiento se realizaron preguntas las cuales abarcan los aspectos básicos acerca de la lactancia materna.

El Score de Conocimiento por pregunta: Se obtiene con el porcentaje de respuestas correctas de cada pregunta, este porcentaje es el número total de las respuestas correctas dadas por las madres / El número total de madres para obtener un porcentaje de respuestas correctas e incorrectas del total de 100% de las madres encuestadas, los conocimientos obtenidos se clasificaron como bueno, medio y deficiente, de acuerdo con los rangos de Scores establecidos a continuación:

Conocimiento bueno: Si el porcentaje de enunciados correctos para cada pregunta individual se encontraba entre 80-100%

Conocimiento medio: Si el porcentaje de enunciados correctos para cada pregunta individual se encontraba 60-79%

Conocimiento deficiente: Si el porcentaje de enunciados para cada pregunta individual era menor del 60%.

Una vez clasificada cada pregunta dentro de su rango correspondiente se procede a realizar un score total para obtener el nivel de conocimiento general de la misma forma que se evaluó cada pregunta, para este caso se toma el número total de preguntas que obtuvieron como buena, media y deficiente y se divide entre el número total de preguntas (11) que tiene la variable de conocimiento, y ese porcentaje se clasificó con los mismos rangos usados para cada pregunta individual: Bueno entre 80-100%, medio entre 60-79% y deficiente a porcentajes menores a 60%.

Actitud: Para Valorar el tipo de actitud se le solicitó a la madre que definiera su posición ante cada pregunta, ofreciendo dos respuestas. De acuerdo, y en desacuerdo. Tomando en cuenta la respuesta que se considerara correcta para cada proposición, ya que en ciertos casos el puntaje correcto sería estar de acuerdo y en otros estar en desacuerdo con dicha preposición.

El Score de Actitud por pregunta: Se obtiene con el porcentaje de respuestas correctas de cada pregunta; este porcentaje es el número total de las respuestas correctas dadas por las madres / El número total de madres para obtener un porcentaje de respuestas correctas e incorrectas del total de 100% de las madres encuestadas, las actitudes obtenidas se clasificaron como favorables y desfavorables, de acuerdo con los rangos de Scores establecidos a continuación:

Una actitud Favorable: Porcentaje obtenidos igual o mayor al 70%

Una actitud Desfavorable: Porcentaje obtenidos menor del 70%

Una vez clasificada cada pregunta dentro de su rango correspondiente se procede a realizar un score total para obtener el nivel de actitud general de la misma forma que se evaluó cada pregunta, para este caso se toma el número total de preguntas que obtuvieron como favorables y desfavorable y se divide entre el número total de preguntas (10) que tiene la variable de actitud, y ese porcentaje se clasificó con los mismos rangos usados para cada pregunta individual: Favorable igual o mayor al 70%, desfavorable menor del 70%.

Practica: Para valorar práctica se realizaron preguntas en las cuales la madre tenía tres opciones: Si realizaba la práctica, no realizaba la práctica y en ocasiones la realizaba.

Score de Practica por pregunta: Se obtiene con el porcentaje de respuestas correctas de cada pregunta, este porcentaje es el número total de las respuestas correctas dadas por las madres / El número total de madres para obtener un porcentaje de respuestas correctas e incorrectas del total de 100% de las madres encuestadas, las actitudes obtenidas se clasificaron como adecuada e inadecuada, de acuerdo con los rangos de Scores establecidos a continuación:

Adecuada: Porcentaje correcto para cada pregunta igual o mayor al 70%.

Inadecuada: Porcentaje correcto para cada pregunta menor del 70%.

Una vez clasificada cada pregunta dentro de su rango correspondiente se procede a realizar un score total para obtener el nivel de prácticas general de la misma forma que se evaluó cada pregunta, para este caso se toma el número total de preguntas que obtuvieron como Si practicaban, no practicaban y en ocasiones la practicaban, y se divide entre el número total de preguntas (14) que tiene la variable de prácticas, y ese porcentaje se clasificó con los mismos rangos usados para cada pregunta individual: Adecuada: Porcentaje de prácticas correctas para cada pregunta igual o mayor al 70%. Inadecuada: Porcentaje de prácticas correctas para cada pregunta menor del 70%

Consideraciones éticas

Para la presente investigación, mediante oficio, solicitamos la autorización del subdirector docente para acceder a la sala de emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense. Se considera una investigación sin riesgo ya que es un estudio en el cual los datos obtenidos parten de encuestas las cuales no se basan en ninguna pregunta fuera del contexto científico.

Para cada encuesta llenada se asignaron números a cada sujeto para proteger su identidad. Datos personales como nombre y dirección fueron ignorados. Los resultados y las conclusiones derivados de este estudio serán notificados y puestos a disposición del hospital contribuyendo a que se propongan estrategias para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna por parte de las madres que demandan los servicios de esta unidad.

IX. RESULTADOS

Se aplicaron un total de 82 encuestas en madres con hijos menores de un año ubicado tanto en el casco urbano como rural del municipio de Managua que acudieron a la atención por emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de Noviembre del año 2016.

Objetivo No 1. Describir las características socio demográficas de las madres sujetas al estudio.

Se encontró que las madres con edades entre 21-25 años fue el grupo predominante con un 36.59% (30) seguido de madres con edades de 26- 36 con un 24.39% (20) y con menos frecuencia en madres con edades de 15-20 con 21.95% (18) y de 31-35 años con un 17% (14). (Ver Tabla #1 y grafico #1 en anexos)

En cuanto al estado civil de las madres con niños menores de un año se encontró que predominaba la unión libre con un 53.6% (44), seguido por las casadas en un 31.71% (26) y por último las madres solteras que corresponden a un 14.6% (12) (Ver Tabla #2 y grafico # 2 en anexos.)

Se encontró que el 85.37% (70) de las madres con niños menores de un año corresponden al área urbana y el 14.6% (12) al área rural. (Ver Tabla #3 y grafico #3 en anexos.)

La religión que predominó en las madres estudiadas fue tanto la católica como la evangélica con un mismo porcentaje de 31.71% (26), seguido de las madres de religión testigo de Jehová en un 4.87% (4). (Ver Tabla #4 y grafico #4 en anexos.)

Con respecto a la escolaridad, se encontró que las madres que cursaron la secundaria predominan con un 46.34% (38), seguido por las madres que completaron la primaria con un 31.71% (26). En tercer lugar, se encuentran las madres que son profesionales con un 17.07% (14) seguido de las madres que realizaron una carrera técnica en un 4.88% (4). (Ver Tabla #5 y grafico #5 en anexos.)

En cuanto a la ocupación de las mujeres estudiadas predominó con un 60.98% (50) las amas de casa, seguido por un 14.63% (12) que se dedican al comercio. Se encontró que en un 19.51% (16) las madres se dedicaban a otros tipos de trabajos y un 4.88% (4) se dedicaban a trabajos de labores domésticas. (Ver Tabla #6 y grafico #6 en anexos.)

Se encontró que todas las madres atendieron su parto en el hospital en un 100% (82), ninguno domiciliario. (Ver tabla #7 y grafico #7 en anexos)

En cuanto al número de hijos, predominan las madres con un solo hijo en un 48.78% (40), seguido de madres que tienen dos hijos en un 31.71% (26) y por último madres con más de dos hijos en un 19.51% (16). (Ver tabla #8 y grafico #8 en anexos)

Objetivo No. 2. Identificar el conocimiento que tienen acerca de la lactancia materna las madres sujetas al estudio.

En un 100% (82) se encontró que las madres consideraban verdadero que la leche materna contiene toda la energía, vitamina y agua que su bebe necesita para crecer y desarrollarse adecuadamente durante los primeros 6 meses de vida, así como que dar solo pecho materno a su bebe durante los primeros meses de vida los protege de enfermar de diarrea, infecciones y neumonía grave. También en su totalidad consideraban verdadero que fomentar el apego precoz al pecho materno durante las primeras horas de vida ayuda a disminuir el riesgo de presentar complicaciones en su bebe. (Ver tabla #9 y grafico #9 en anexos)

Las madres en estudio refirieron en un 39.02% (32) como verdadero que la bajada de la leche ocurre al tercer día posterior al nacimiento y un 26.83% (22) refieren que no ocurre en este tiempo y en un 34.15% (28) desconocen cuando ocurre dicho evento. (Ver Tabla #9 y grafico #9 en anexos.)

De acuerdo al conocimiento que solo se debe dar pecho materno sin ninguna otra leche ni alimento en los primeros seis meses vida se encontró que un 87.80%(72) consideraban que era verdadero por lo contrario un 9.76%(8) refirió que esto era falso y por último las madres que desconocían dicho conocimiento en un 2.44% (2). (Ver tabla #9 y grafico #9 en anexos)

Evaluando el conocimiento acerca que se debe finalizar la lactancia materna alrededor del segundo año de vida en un 68.29%(56) consideran que este dato es verdadero, en un 24.39%(20) las madres lo refieren como falso y en un 7.32%(6) no saben la edad de finalización de la lactancia materna. (Ver tabla #9 y grafico #9 en anexos)

En cuanto al conocimiento de que las madres con pezones planos o invertidos se les imposibilita dar pecho materno se encontró que un 53.66%(44) refiere que es imposible dar de mamar en dicha situación y un 43.90%(36) refiere que no es imposible y en un 2.44%(2) no saben nada al respecto. (Ver tabla #9 y grafico #9 en anexos)

Acerca del conocimiento de que la capacidad de producir leche depende de la contextura física y del tamaño de sus pechos en un 85.37%(70) refirieron que esto es falso que no existe dependencia alguna, un 12.19%(10) lo refirieron como

verdadero y un 2.44%(2) no saben si existe dicha dependencia. (Ver tabla #9 y grafico #9 en anexos)

De acuerdo al conocimiento que la lactancia materna contribuye a la salud física, inmunológica y emocional en el niño se encontró que un 92.68%(76) refieren esto como verdadero y en un 7.32%(6) creen que esto es falso. (Ver tabla #9 y grafico #9 en anexos)

Evaluando los conocimientos acerca de que la lactancia materna disminuye el riesgo de presentar cáncer de mama y ovarios se encontró que un 53.66% (44) creen que es verdadero y un 17.07%(14) lo refieren falso y el 29.27% (24) no saben nada al respecto. (Ver tabla y grafico 9 anexos)

Valorando los conocimientos acerca de que dar lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida sirve como un método de planificación se encontró que un 46.34%(38) dijo que era verdadero y un 31.71%(26) refiere que esto es falso y en un 21.95%(18) no sabían que la lactancia sirve como método de planificación.

Al aplicar el score de conocimiento para cada pregunta individual se encontró que un 54.55% contesto correctamente o tenían conocimiento verdadero y un 45.45% contesto de manera incorrecta. (Ver grafico #9)

Objetivo No. 3. Conocer la actitud que presentan las madres en relación a la lactancia.

En un 100%(82) las madres estuvieron de acuerdo con respecto a que merece la pena dar lactancia materna y así garantizar el mejor inicio de vida de su bebe, así como que la leche materna protege al bebe contra infecciones, también que es beneficioso dar pecho materno a su bebe lo antes posible una vez que nazca. (Ver tabla #10 y grafico #10 en anexos)

Se indago acerca de que si al retardarse la bajada de la leche conviene disminuir la toma de pecho materno e iniciar el uso de fórmulas y en un 78.05%(70) estaban de acuerdo y en un 21.95%(18) estaban en desacuerdo. (Ver tabla #10 y grafico #10 en anexos)

En relación a la actitud que si se debería probar la introducción de alimentos distintos a la lactancia materna antes de los seis meses de vida un 85.37%(70) refirieron estar en desacuerdo y un 14.63% (12) está de acuerdo. (Ver tabla #10 y grafico #10 en anexos)

Acerca la actitud que es conveniente alimentar de forma complementaria con leche materna hasta los dos años de vida en un 92.68%(76) dijeron estar de acuerdo y en un 7.32%(6) en desacuerdo. (Ver tabla #10 y grafico #10 en anexos)

Cuando se encuesta acerca de que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna un 63.41%(52) está de acuerdo y en un 36.55%(30) están en desacuerdo. (Ver tabla #10 y grafico #10 en anexos)

Conforme a la actitud que toda mujer, salvo a escasas excepciones puede dar pecho satisfactoriamente a su bebe un 63.41%(52) están de acuerdo con esto y en un 36.55%(30) están en desacuerdo. (Ver tabla #10 y grafico #10 en anexos)

En relación a que los bebe alimentados con leche materna tienden a ser más seguros e inteligentes a medidas que crecen, un 90.24%(74) está de acuerdo y un 9.76%(8) está en desacuerdo. (Ver tabla #10 y grafico #10 en anexos)

Al valorar la actitud que al brindar lactancia materna se previene la aparición de cáncer de mama y ovarios en las madres, así como el sangrado posparto en un 65.85%(54) respondieron estar de acuerdo y en un 34.15%(28) respondieron estar en desacuerdo. (Ver tabla #10 y grafico #10 en anexos). De forma general, se encontró que un 70% respondió correctamente y un 30% respondió de forma incorrecta. (Ver grafico #10)

Objetivo No. 4. Determinar las prácticas sobre lactancia materna que han ejercido las madres con sus hijos hasta el primer año de edad.

En un 100% (82) las madres practicaban la lactancia para que sus bebes gocen de buen crecimiento y desarrollo, y que los protege contra infecciones durante los primeros seis meses de vida. (Ver tabla #11 y grafico #11 en anexos)

En un 87.80% (72) practicaron la lactancia dentro de las primeras horas de vida y en un 12.20%(10) no la practicaron. (Ver tabla #11 y grafico #11 en anexos)

En la práctica de que si se evitó el uso de fórmulas artificiales durante los primeros días posterior al nacimiento, en un 92.68%(76) si la practicaron y en un 7.32%(6) no la practicaron. (Ver tabla #11 y grafico #11 en anexos)

Un 48.78% (40) practico o practicaría la suspensión de la leche materna los dos años de edad y un 24.39% (20) dijo no practicarlo. (Ver tabla #11 y grafico #11 en anexos)

Al valorar la práctica de que se iniciaría la introducción de alimentos distintos a la leche a partir de los seis meses de vida del bebe fue en un 92.68%(76) que si lo

practicaron o practicarían y en un 7.32%(6) negaron esta práctica. (Ver tabla y grafico 11 anexos)

En cuanto a la práctica que si desistieran de continuar la lactancia materna de presentar algún problemas en los pezones fue en un 65.85%(54) que seguirían practicando la lactancia materna al tener algún problema en pezón y en un 34.15%(28) no practicaron la lactancia materna. (Ver tabla #11 y grafico #11 en anexos)

Acerca de la práctica de que si brindaron el pecho materno sin importarle su contextura física y tamaño de sus pechos o presencia de anemia en la madre fue en un 82.93%(68) si practicaron y en un 17.07%(14) no la practicaron. (Ver tabla#11 y grafico #11 en anexos)

En la práctica de que al dar pecho materno se observó que hay un mayor vínculo entre la madre y el bebe en un 100%(82) la practicaron. (Ver tabla #11 y grafico #11 en anexos). Al valorar la práctica que si la madres con niños menores de un año dan lactancia materna porque es económico y mejora la salud, en un 87.80%(72) estas madres la practican por esta razón y en un 12.20%(10) no la practicaban. (Ver tabla #11 y grafico #11 en anexos)

En la práctica de que si las madres realizaban limpieza de sus pechos antes y después que amamantaban a su bebe fue en un 68.29%(56) si practicaban y en un 17.07%(14) negaron practicarlo y en un 14.64%(12) refirieron practicarlo solo en ocasiones. (Ver tabla #11 y grafico #11 en anexos)

Al valorar la práctica de que si se colocaba al bebe contra su cuerpo y darle golpecitos en la espalda cuando tenía cólicos fue en un 95.12%(78) que si realizaban esta práctica y en un 4.88%(4) que la realizaba en ocasiones. (Ver tabla #11 y grafico #11 en anexos)

En cuanto a la práctica que si los senos le duelen dejaría la madre de darle pecho materno al niño, en un 78.05%(64) si practicaron o practicarían la suspensión de la lactancia y en un 21.95%(18) negaron dejar de practicarla. (Ver tabla #11 y grafico #11 en anexos)

Se valoró la práctica que si las madres entrevistadas se extraían la leche y la guardaba en un recipiente para una sola toma, en un 58.54%(48) si practicaron la extracción de leche para una sola toma y en un 24.39%(20) lo realizaba en ocasiones y en un 17.07%(14) no realizan la extracción de leche y de practicarlo no la guardaban para una sola toma. (Ver tabla #11 y grafico #11 en anexos). En la práctica se encontró un valor total de 78.6% de prácticas adecuadas y 21.4% de inadecuadas. (Ver grafico # 11)

X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

La lactancia materna es un medio inigualable que proporciona el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo del lactante, constituyendo la base biológica, psicológica y fisiológica para el desarrollo normal de los niños y niñas. El fomento, la protección y mantenimiento de la lactancia materna son elementos importantes de las medidas de salud y de nutrición, así como de las demás medidas de índole social, que garantizan un desarrollo integral del lactante.

La tasa de lactancia materna en Nicaragua es de tan solo el 30.5% cuando el promedio es del 39% en los países en desarrollo según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), esto significa que un 70% de las madres nicaragüenses no amamanta a sus hijos en los primeros meses de nacido.

La lactancia materna ha disminuido desde la década de los años 80, cuando se llegó a un nivel del 40%. Para 2011, los niveles de lactancia materna en Costa Rica y en Guatemala correspondían a 60 y 50%, respectivamente. Honduras tiene niveles muy similares a Nicaragua.

En este estudio, se identificó como grupo etario de predominio entre 21-25 años (36.59%), similar a lo identificado por (Miranda, U. Conocimientos, actitudes y practicas acerca de lactancia materna exclusiva en mujeres primigestas en el Centro de Salud Francisco Buitrago, 2015). Sin embargo seguimos observando la incidencia de las madres adolescentes, encontrando en este estudio que se presentan en un 21%, lo cual aun se considera como causa de poseer malos niveles de conocimientos, actitudes y practicas tal como lo expresan los estudios realizados por (Lopez, M., Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la Lactancia Materna en pacientes adolescentes. HBCR, 2001) y (Gutierrez Flores, J. y Vasquez Aleman, J., Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva que poseen las púerperas adolescentes. HPJH, 2015).

Se encontró que en las mujeres participantes el estado civil que predominó fue el de las de unión libre, correspondiéndose con las encuestas realizadas por INIDE 2005, los cuales reportan que teniendo en cuenta la acentuada juventud que presenta la población femenina Nicaragüense, llama la atención la baja proporción de solterías (22%) y la alta cifra de uniones no legalizadas (54%).

La procedencia de las madres en su mayoría es urbana con 85.37%, esto se debe a que la ubicación del Hospital Alemán Nicaragüense es dentro de la zona urbana de la ciudad de Managua y explica también la prevalencia en el estudio de el nivel de educación media (secundaria 46.34%) que presentan las encuestadas, lo cual es una gran ventaja que se tiene en comparación con la procedencia rural, ya que

se señala que los años de estudios aprobados de la población de 10 años de edad o más en las áreas rurales es muy inferior al observado en las zonas urbanas (4.5% para aquellos entre 10 a 12 años de edad y 1.1% para los de 13 años o más versus 18.0% y 10.5% respectivamente) según las cifras de INIDE 2005.

Conforme al censo de 2005 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Gobierno de Nicaragua, el 57,5% de la población era católica y el 21,6%, protestante evangélica. En el censo del 2015 la cifra de católicos cayó al 47,5% y la de evangélicos se elevó al 37,6%. Lo cual explica el predominio de ambas religiones por igual en el presente estudio (31% respectivamente). Sin embargo este dato difiere a lo presentado por otros estudios como (Valle, D. E., Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que poseen las madres en neonatología del HAN, 2013) en donde predomina la religión católica.

De la ocupación podemos decir que la mayoría de las mujeres son amas de casas, a pesar de vivir en el área urbana en donde las oportunidades de trabajo se suponen son mayores, lo cual refleja que la estabilidad económica es muy frágil y depende en su mayoría de el aporte de sus compañeros de vida, sin embargo esto influye o debería de influir positivamente en el nivel de práctica de lactancia, ya que las madres pasan el tiempo completo con el lactante.

La mayoría de las madres tenían solamente un hijo (48.78%). Se puede decir que las madres con mayor número de hijos han adquirido un mayor y mejor conocimiento en lactancia materna a través de la experiencia, sin embargo esto no siempre se lleva a la práctica, por lo que no podemos asegurar que el mal conocimiento, actitud o practica se deba al hecho de que no tienen experiencia por solo tener un hijo, ya que muchas madres tienen el conocimiento apropiado y necesario para una lactancia materna exitosa por la experiencia con su primer hijo, pero existen influencias externas (mitos, creencias, consejos familiares etc.) que pueden llevarla a realizar prácticas erróneas durante la lactancia de su segundo bebe.

El hecho que el parto sea atendido en instituciones, es muy positivo para la investigación y creemos que es un factor determinante en los resultados que se obtuvieron ya que esto permite que el personal de salud debidamente capacitado apoye a las madres para que adopten prácticas correctas durante la lactancia.

En cuanto a conocimientos, en los estudios CAP realizados a nivel de Latino América se encontró que un porcentaje considerable de las madres tienen un conocimiento alto sobre lactancia materna referido a que la lactancia proporciona al bebe las defensas contra las enfermedades y está libre de microbios. Además,

los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón, coincidiendo en un 100% con nuestro estudio con respecto a los beneficios de la leche materna para el bebe, sin embargo esto difiere a lo presentado en otros estudios como (Lopez, M., Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la Lactancia Materna en pacientes adolescentes. HBCR, 2001) en donde los conocimientos sobre el beneficio de la leche materna eran deficientes, esto puede ser secundario a que las mujeres eran adolescentes y por ende un bajo nivel de escolaridad que afecta directamente los niveles de conocimientos. Este mismo estudio también reporto deficientes conocimientos acerca del tiempo y la frecuencia que se le debe de dar el pecho coincidiendo con nuestro estudio que reporta esta misma deficiencia en las madres sometidas al estudio.

Otras deficiencias encontradas en nuestro estudio, fueron en los aspectos de cuando ocurre la bajada de la leche, diferentes tipos de pezones, beneficios de la lactancia para la mujer y utilización de la lactancia como método de planificación familiar, lo cual se corresponde con lo encontrado por (Gutierrez Flores, J. y Vasquez Aleman, J., Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva que poseen las puérperas adolescentes. HPJH, 2015).

Con respecto a las actitudes, se encontraron resultados desfavorables ante las afectaciones del pezón, ya que las madres consideran que se debe de dejar de amamantar al presentar problemas en el pezón y también no estaban de acuerdo con las actitudes que promueven los beneficios de la lactancia para la mujer, por lo que se puede considerar que estas malas actitudes son consecuencia a los malos conocimientos o desconocimientos que presentaron las mujeres en estos mismo acápites, ya que las actitudes son directamente proporcionales a los conocimientos así como a las practicas. Sin embargo, en su mayoría las madres presentaron actitudes favorables ante la lactancia, al expresar estar de acuerdo con las actitudes que promueven los beneficios de la lactancia para el bebe, el vínculo madre-hijo, la lactancia como lo ideal y la superioridad de la leche materna sobre otros tipos de leche. Todo esto concuerda con estudios previos realizados a nivel nacional, donde la mayoría de la población tenía una actitud positiva hacia la lactancia materna.

En relación a las practicas, en su mayoría presentaron practicas adecuadas en lactancia materna en los aspectos de dar exclusivamente pecho materno a sus bebes, inicio temprano de la lactancia materna, evitar el uso de formulas artificiales, tiempo adecuado de alimentación complementaria y de suspensión de la lactancia materna, brindan la lactancia sin importar su contextura física o tamaño de sus pechos, sienten un mayor vínculo afectivo con su bebe, mejoran su economía, tienen buenas prácticas de extracción de cólicos y no suspenden la

lactancia si les duelen los pechos. Lo cual es contrario a lo encontrado por el estudio (Gutierrez Flores, J. y Vasquez Aleman, J., Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva que poseen las puérperas adolescentes. HPJH, 2015) quienes reportan que en general tienen malas practicas las madres. Consideramos que esta significativa diferencia se deba que en el estudio realizado por Gutierrez Flores y Vasquez Aleman encontraron actitudes deficientes por lo que eso los lleva a encontrar malas practicas, ya que casi siempre es necesario tener una buena actitud ante algo para asi poder realizarlo de la manera correcta, contrario a nuestro estudio en donde las madres tenian un mejor nivel de actitudes y por ende mejores practicas.

Si bien es cierto que en nuestro trabajo encontramos buenos niveles de actitudes y practicas, no debemos de obviar o se debe de tomar en cuenta que el porcentaje con el que aprueban es muy ajustado, es decir, que si disminuimos un poco el nivel de conocimiento por ende disminuirian tambien las actitudes y practicas.

XI. CONCLUSIONES

1. El grupo etario que predominó fue el de 21-24 años (36.59%), con un hijo, procedentes de zonas urbanas, que se encontraban en unión de hecho estable y con un bajo nivel de escolaridad el cual correspondía a la educación secundaria, siendo ama de casa en su gran mayoría.
2. Con respecto a los conocimientos presentados por las madres en un 54% presentaron un buen nivel de conocimientos acerca de los beneficios de la lactancia materna para su bebe, el tiempo adecuado que debe de amamantar exclusivamente, que la lactancia materna es lo ideal y que la cantidad de leche que produzca la mama no depende de la condición física ni del tamaño de sus pechos. Un 45.45% presento niveles deficientes de conocimientos acerca de cuando ocurre la bajada de la leche, tiempo de finalización de la lactancia, diferentes tipos de pezones, beneficios de la lactancia para la mujer y utilización de la lactancia como método de planificación familiar. Los conocimientos presentados por las madres tienen un nivel de conocimientos deficiente acerca de la lactancia materna.
3. En cuanto a la actitud presentada por las madres hacia la lactancia materna el 70% tuvieron una actitud favorable con respecto a los beneficios de la lactancia para el bebe, las actitudes que promovían el vinculo madre-hijo y la lactancia como lo ideal, superioridad de la leche materna sobre otros tipos de leche. En un 30% presentaron actitud desfavorable ante las afectaciones del pezón y los beneficios de la lactancia para la mujer. La actitud presentada por las madres fue una actitud favorable hacia la lactancia materna.
4. En un 78.57% presentaron practicas adecuadas en lactancia materna en los aspectos de dar exclusivamente pecho materno a sus bebes, inicio temprano de la lactancia materna, evitar el uso de formulas artificiales, tiempo adecuado de alimentación complementaria y de suspensión de la lactancia materna, brindan la lactancia sin importar su contextura física o tamaño de sus pechos, sienten un mayor vinculo afectivo con su bebe, mejoran su economía, tienen buenas prácticas de extracción de cólicos y no suspenden la lactancia si les duelen los pechos. En un 21.43% presentan practicas inadecuadas sobre lactancia en los aspectos relacionados a suspensión de la lactancia si presentan diferentes tipos de pezones o alguna afectación de los mismos, limpieza de los pechos antes y después de amamantar y de realizar extracción de la leche materna no la guardan bien ni para una sola toma de leche. Las practicas en lactancia materna presentadas por las madres son adecuadas.

XII. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta las anteriores conclusiones y las limitaciones de esta investigación se plantean las siguientes recomendaciones:

A los investigadores para futuros estudios de Conocimientos actitudes y prácticas en el Hospital Alemán Nicaragüenses, se recomienda muestrear a una cantidad mayor de madres durante un periodo de tiempo mayor, para así obtener mayor validez del estudio y mejor precisión de resultados.

También se recomienda escoger otra área de estudio que es muy importante dentro del hospital como lo es la consulta externa de pediatría. Así como hacer estudios similares exclusivos en madres de origen rural en Managua en donde por estudios previos se conoce que el nivel de conocimientos, actitudes y practicas es inferior, probablemente secundario al predominio de madres adolescentes y de baja escolaridad, logrando así incidir en el problema de manera directa.

Tomar esta investigación como referencia para poder ejecutar futuras investigaciones de Conocimientos Actitudes y Prácticas en nuestro país sobre lactancia materna.

Se le recomienda al hospital Implementar estrategias de salud en el área de emergencia que fomenten la lactancia materna ya sea capacitando y actualizando de manera continua al personal médico y de enfermería sobre lactancia materna y plantear como parte de la consulta médica una charla corta, de unos 3-5 minutos, en donde no solo se le explique a la madre la importancia de la lactancia materna sino que se indague sobre los Conocimientos, Actitudes y Prácticas que están teniendo y de ser erróneas explicar y convencer a las madres sobre lo que es correcto y que las autoridades mantengan una estrecha vigilancia del cumplimiento de dicha estrategia puesta en práctica en el área de emergencia.

Involucrar al personal médico y de enfermería de la emergencia en las actividades educativas sobre lactancia materna, haciendo énfasis en las prácticas óptimas de lactancia materna, principalmente en edad de inicio de la alimentación complementaria, la enseñanza de posiciones de amamantamiento, la extracción manual de leche materna, almacenamiento y administración de la misma, ya que fueron los puntos más vulnerables encontrados en la investigación.

Al Ministerio de Educación hacer convenios con el MINSA para implementar estrategias educativas a las adolescentes sobre el importante tema de la lactancia materna, ya que las tasas de adolescentes embarazadas que aun cursan su secundaria en nuestro país es alta.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociacion Española de Pediatría. (2009). *Manual de lactancia Materna. De la teoría a la practica*. España.: Editorial Medica Panamericana.
2. Hernández., D. S. (2012). *CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA*. Managua.
3. Lopez, M. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la Lactancia Materna en pacientes adolescentes que se les atendió el parto en el Hospital Bertha Calderón Roque del 1 de Agosto al 31 de diciembre del 2001.
4. MINSA. (2010). *Manual de lactancia materna para atencion primaria en salud*. Managua.
5. Miranda, U. (2015). Conocimientos, actitudes y practicas acerca de lactancia materna exclusiva en mujeres primigestas entre las edades de 15-24 años que acuden a consulta en Centro de Salud Francisco Buitrago en el periodo de Abril-Mayo 2014.
6. subsecretaria de salud publica. (2010.). Manual de lactancia materna. contenido tecnico para profesionales de la salud. *Manual de lactancia materna*. , 3-20.
7. UNICEF. (2012). Lactancia Materna. *lactancia meterna guia 1*. , 1-20.
8. Valle, D. E. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que poseen las madres de recién nacidos ingresados en neonatología del Hospital Aleman Nicaraguense.
9. Velasquez., M. (2013). *curso de medicina naturista*. Recuperado el 13 de noviembre de 2016, de curso de medicina naturista.: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/-Anatomia%20y%20Fisiologia.pdf
10. Bonilla, Josefina, *Lactancia Materna y Anticoncepción, serie monográfica sobre planificación familiar #10*. Managua, El Amanecer 1997.
11. MINSA, Secretaria PL-480 UNICEF. Conocimientos y Practicas de las madres de niños y niñas menores de 2 años en los SILAIS Estelí, Madriz, Nueva Segovia, León, Chinandega, Boaco, Matagalpa, Managua (área rural) *Enero*, 1999.

12. Nicaragua-Ministerio de Salud. Lactancia Materna Modulo de Aprendizaje, Enero, 2001.
13. Nicaragua- Situación Alimentaria en Nicaragua. Managua: INCAP/ OPS, 1993.
14. Espinoza, M.A. y Juárez J. Factores facilitadores y restrictivos en la promoción de Lactancia materna y del destete temprano en niños menores de dos años en la comunidad Malacatoya y pueblos chiquitos de Granada durante el periodo de Marzo, 1992- Diciembre, 1993 (Tesis). UNAN-Managua, Enero 1993.
15. Cruz y Silva. Mortalidad y Morbilidad en pacientes menores de seis meses alimentados con Lactancia Materna exclusiva, alimentación mixta y artificial en el SILAIS de Masaya. Abril- Octubre 1997. (Monografía). UNAN-Managua.
16. Nicaragua. Encuesta Sobre Salud Familiar 1992-1993. Informe Final Managua- PROFAMILIA 1993.
17. Moreira Chavarría, Marjorie y Ortega Carmena Tañía. Conocimiento practica sobre Lactancia Materna de las madres de niños y niñas menores de 2 años, Octubre de 1999 a Marzo 2000. Área urbana Rama- RAAS.
18. Taylor J. Y Rocha T. Conocimiento y practica sobre Lactancia Materna en dos Barrios de Puerto Cabezas, 1999. (Monografía). UNAN-León 1999.
19. MINSA, UNICEF, INCAP, OPS; Practicas Hospitalarias que favorecen o interfieren en la lactancia materna, Managua-Nicaragua. EMCOR, Junio 1994.
20. Nicaragua. Hospital Santiago de Jinotepe. Subdirección medica. Documento de Lactancia Materna. Jinotepe 2000. (s.e).
21. Róblelo, Iván " Causas de Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en niños menores de 6 meses que participan en el Programa de Niños Sanos en el centro de Salud de Esquipulas, Matagalpa, Noviembre 1998 - Enero 1999 [Monografía]. Managua, 1999.
22. Álvaro Jarquin Margante. Conocimiento y Practica Sobre Lactancia Materna y estado nutricional en niños menores de 2 años, SILAIS Chontales, Septiembre –Noviembre 1994.

XIV. ANEXOS

14.1 Instrumento de recolección de la información (Encuesta)

Este cuestionario se realiza con el objetivo de conocer el grado de conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna que poseen las madres de niños menores de un año en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de noviembre 2016.

Datos socio demográficos.

1) Edad de la madre

A) 15-20	B) 21-25	C) 26-30	D) 31-35	E) Mayor de 35
----------	----------	----------	----------	----------------

2) Estado civil:

A) Casada	B) Unión de hechos	C) Soltera
-----------	--------------------	------------

3) Procedencia:

A) Urbano	C) Rural
-----------	----------

4) Religión:

A) Católica	B) evangélica	C) testigo de Jehová	D) otro
-------------	---------------	-------------------------	---------

5) Escolaridad:

a) analfabeta	b) primaria	c) Secundaria	d) Técnico	e) Profesional
---------------	-------------	---------------	------------	----------------

6) Ocupación:

a) Ama de casa	b) Comerciante	c) Doméstica	d) Otro
----------------	----------------	--------------	---------

7) Lugar de atención del parto

a) Domiciliar.	b) Hospitalario
----------------	-----------------

8) Numero de hijos.

a) uno.	b) dos.	c) más de dos.
---------	---------	----------------

Conocimientos

La leche materna contiene toda la energía, vitaminas y agua que su bebé necesita para crecer y desarrollarse adecuadamente durante los primeros 6 meses de vida.

- Si
- No
- No sabe

El dar sólo pecho a su bebé durante los primeros meses de vida lo protege de enfermarse de diarrea, infecciones y de neumonía grave.

- Si
- No
- No sabe

Se debe fomentar el apego precoz al pecho materno durante la primera hora de vida, en todos los nacimientos para disminuir el riesgo de presentar complicaciones en el bebé.

- Si
- NO
- No sabe

La bajada de la leche ocurre alrededor del tercer día posterior al nacimiento del bebé.

- Si
- No
- No sabe

Se debe dar sólo pecho materno a su bebé, sin ninguna otra leche, ni alimento, durante los primeros seis meses de vida

- SI
- No
- No sabe

Se recomienda realizar finalización de la lactancia materna alrededor del segundo año de vida.

- Si
- No
- No sabe

Las madres con pezones planos o invertidos se les imposibilita dar de mamar a sus bebés.

- Si
- No
- No sabe

La capacidad de la madre para producir suficiente leche para sus bebés depende principalmente de su contextura física y del tamaño de sus pechos.

- Si
- No
- No sabe

La lactancia materna contribuye a la salud física, inmunológicamente y emocional del niño.

- Si
- No
- No sabe

Dar el pecho disminuye riesgo de presentar cáncer de mama y ovarios a la madre.

- Si
- No
- No sabe

Dar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, sirve como un método de planificación

- Si
- No

- No sabe

Actitudes

Merece la pena dar lactancia materna y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé

- De acuerdo.
- Desacuerdo.

La leche materna protege al bebé contra las infecciones.

- De acuerdo.
- Desacuerdo.

Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca.

- De acuerdo.
- Desacuerdo.

Al retardarse la bajada de la leche conviene disminuir la toma de pecho materno e iniciar el uso de fórmulas artificiales.

- De acuerdo.
- Desacuerdo.

Se debería probar la introducción de alimentos distintos a la leche antes de los seis meses de vida.

- De acuerdo.
- Desacuerdo.

Se considera conveniente alimentar de forma complementaria con leche materna hasta los dos años de vida.

- De acuerdo.
- Desacuerdo.

Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna.

- De acuerdo.
- Desacuerdo.

Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé.

- De acuerdo.
- Desacuerdo.

Los bebés alimentados con leche materna tienden a ser más seguros e inteligentes a medida que crecen en comparación a los bebés alimentados con fórmula artificial.

- De acuerdo.
- Desacuerdo.

Se considera que al brindar lactancia materna se previene la aparición de cáncer de mamas y ovario en la madre, así como disminución del sangrado postparto.

- De acuerdo.
- Desacuerdo.

PRÁCTICAS

Doy lactancia materna a mis bebés para que gocen de un buen crecimiento y desarrollo.

- Si
- No

Protejo a mi bebe de las infecciones brindándole lactancia materna los primeros meses de vida.

- Si
- No

Inicie a dar pecho materno a mi bebe dentro de su primer hora de nacido(a)

- Si
- No

Evito el uso de fórmula artificial durante los primeros días posteriores al parto.

- Si
- No

Dejare de dar de mamar a mis bebés alrededor de los dos años de vida.

- Si
- No

Iniciaré la introducción de alimentos distintos a la leche a partir de los 6 meses.

- Si
- No

Desistire de continuar con lactancia materna de presentar algún problema en los pezones.

- Si
- No

Brinda el pecho materno sin importarle su contextura física, tamaño de sus pechos o presencia de anemia en la madre.

- Si
- No

Observo un mayor vínculo afectivo al darle pecho materno a mi bebé.

- Si
- No

Doy lactancia materna porque es económico y mejora mi salud de mi bebe

- Si
- No

Realiza limpieza de sus pecho antes y después que amamanta a su bebe

- Si
- No
- En ocasiones

Se coloca al bebe contra su cuerpo y da golpecitos en la espalda cuando tiene cólicos

- Si
- No
- En ocasiones

Si los senos le duelen deja usted de darle pecho materno al niño

- Si
- No

Si usted se extrae la leche, la guarda en un recipiente tapado para una sola toma.

- Si
- No
- En ocasiones

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materna e Infantil

Tabla 32. Factores que influyen en la decisión de dar o no el pecho materno

Factores	Porcentaje
El niño no quiere tomar	15.2
El niño no succiona bien	12.8
El niño no quiere tomar	10.5
El niño no quiere tomar	8.3
El niño no quiere tomar	6.7
El niño no quiere tomar	5.1
El niño no quiere tomar	3.9
El niño no quiere tomar	2.7
El niño no quiere tomar	1.5
El niño no quiere tomar	0.8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materna e Infantil

Tabla 33. Factores que influyen en la decisión de dar o no el pecho materno

Factores	Porcentaje
El niño no quiere tomar	15.2
El niño no succiona bien	12.8
El niño no quiere tomar	10.5
El niño no quiere tomar	8.3
El niño no quiere tomar	6.7
El niño no quiere tomar	5.1
El niño no quiere tomar	3.9
El niño no quiere tomar	2.7
El niño no quiere tomar	1.5
El niño no quiere tomar	0.8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materna e Infantil

Tabla 34. Factores que influyen en la decisión de dar o no el pecho materno

Factores	Porcentaje
El niño no quiere tomar	15.2
El niño no succiona bien	12.8
El niño no quiere tomar	10.5
El niño no quiere tomar	8.3
El niño no quiere tomar	6.7
El niño no quiere tomar	5.1
El niño no quiere tomar	3.9
El niño no quiere tomar	2.7
El niño no quiere tomar	1.5
El niño no quiere tomar	0.8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materna e Infantil

14.2 Tablas.

Tabla #1. Edad de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Grupo de edad.	Frecuencia.	Porcentaje.
15-20	18	21.95
21-25	30	36.59
26-30	20	24.39
31-35	14	17.07
Mayor de 35.	0	0
Total.	82	100

Fuente: Encuestas previamente estructuradas.

Tabla #2. Estado civil de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Estado Civil.	Frecuencia.	Porcentaje.
Casada.	26	31.71
Unión de hecho.	44	53.66
Soltera.	12	14.63
Total.	82	100

Fuente: Encuestas previamente estructuradas.

Tabla #3. Procedencia de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Procedencia.	Frecuencia.	Porcentaje.
Urbano.	70	85.37
Rural.	12	14.63
Total.	82	100

Fuente: Encuestas previamente estructuradas.

Tabla #4. Religión de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Religión.	Frecuencia.	Porcentaje.
Católica.	26	31.71
Evangélica.	26	31.71
Testigo de Jehová.	4	4.87
Otro.	26	31.71
Total.	82	100

Fuente: Encuestas previamente estructuradas.

Tabla #5. Escolaridad de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Escolaridad.	Frecuencia.	Porcentaje.
Analfabeta.	0	0
Primaria.	26	31.71
Secundaria.	38	46.34
Técnico.	4	4.88
Profesional.	14	17.07
Total.	82	100

Fuente: Encuestas previamente estructuradas.

Tabla #6. Ocupación de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Ocupación.	Frecuencia.	Porcentaje.
Ama de casa.	50	60.98
Comerciante.	12	14.63
Domestica.	4	4.88
Otro.	16	19.51
Total.	82	100

Fuente: Encuestas previamente estructuradas.

Tabla #7. Lugar de atención del parto de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Lugar de atención del parto.	Frecuencia.	Porcentaje.
Domiciliar.	0	0
Hospitalario.	82	100
Total.	82	100

Fuente: Encuestas previamente estructuradas.

Tabla #8. Número de hijos de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Número de hijos.	Frecuencia.	Porcentaje.
Uno.	40	48.78
Dos.	26	31.71
Más de dos.	16	19.51
Total.	82	100

Fuente: Encuestas previamente estructuradas.

Tabla #9. Conocimiento de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Nivel de conocimiento.	SI.		NO.		NO SABE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. La leche materna contiene toda la energía, vitaminas y agua que su bebé necesita para crecer y desarrollarse adecuadamente durante los primeros 6 meses de vida.	82	100%	0	0	0	0
2. El dar sólo pecho a su bebé durante los primeros meses de vida lo protege de enfermar de diarrea, infecciones y de neumonía grave.	82	100%	0	0	0	0
3. Se debe fomentar el apego precoz al pecho materno durante la primera hora de vida, en todos los nacimientos para disminuir el riesgo de presentar complicaciones en el bebé.	82	100%	0	0	0	0
4. La bajada de la leche ocurre alrededor del tercer día posterior al nacimiento del bebe.	32	39.02%	22	26.83%	28	34.15
5. Se debe dar sólo pecho materno a su bebé, sin ninguna otra leche, ni alimento, durante los primeros seis meses de vida	72	87.80%	8	9.76%	2	2.44
6. Se recomienda realizar finalización de la lactancia materna alrededor del segundo año de vida.	56	68.29%	20	24.39%	6	7.32
7. Las madres con pezones planos o invertidos se les imposibilitan dar de mamar a sus bebés.	44	53.66%	36	43.90%	2	2.44

8. La capacidad de la madre para producir suficiente leche para sus bebés depende principalmente de su contextura física y del tamaño de sus pechos.	10	12.19%	70	85.37%	2	2.44
9. La lactancia materna contribuye a la salud física, inmunológicamente y emocional del niño.	76	92.68%	6	7.32%	0	0
10. Dar el pecho disminuye riesgo de presentar cáncer de mama y ovarios a la madre.	44	53.66%	14	17.07%	24	29.27
11. Dar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, sirve como un método de planificación.	38	46.34%	26	31.71%	18	21.95

Fuente: Encuestas previamente estructuradas.

Tabla #10. Actitud de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Actitud.	DE ACUERDO.		DESACUERDO.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. Merece la pena dar lactancia materna y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé.	82	100%	0	0
2. La leche materna protege al bebé contra las infecciones.	82	100%	0	0
3. Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca.	82	100%	0	0
4. Al retardarse la bajada de la leche conviene disminuir la toma de pecho materno e iniciar el uso de fórmulas artificiales.	18	21.95%	64	78.05
5. Se debería probar la introducción de alimentos distintos a la leche antes de los seis meses de vida.	12	14.63%	70	85.37
6. Se considera conveniente alimentar de forma complementaria con leche materna hasta los dos años de vida.	76	92.68%	6	7.32
7. Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna.	52	63.41%	30	36.55
8. Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé.	52	63.41%	30	36.59

9. Los bebés alimentados con leche materna tienden a ser más seguros e inteligentes a medida que crecen en comparación a los bebés alimentados con fórmula artificial.	74	90.24%	8	9.76
10. Se considera que al brindar lactancia materna se previene la aparición de cáncer de mamas y ovario en la madre, así como disminución del sangrado postparto.	54	65.85%	28	34.15

Fuente: Encuestas previamente estructuradas.

Tabla #11. Practicas de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.

Practiclas.	SI.		NO.		EN OCASIONES	
	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje
1. Doy lactancia materna a mis bebés para que gocen de un buen crecimiento y desarrollo.	82	100%	0	0		
2. Protejo a mi bebe de las infecciones brindándole lactancia materna los primeros meses de vida.	82	100%	0	0		
3. Inicie a dar pecho materno a mi bebe dentro de su primer hora de nacido(a)	72	87.80%	10	12.20%		
4. Evito el uso de fórmula artificial durante los primeros días posteriores al parto.	76	92.68%	6	7.32%		
5. Dejare de dar de mamar a mi bebe a los 2 años de vida.	40	48.78%	20	24.39%		
6. Iniciaré la introducción de alimentos distintos a la leche a partir de los 6 meses.	76	92.68%	6	7.32%		

7. Desistiré de continuar con lactancia materna de presentar algún problema en los pezones.	28	34.15%	54	65.85%		
8. Brinda el pecho materno sin importarle su contextura física, tamaño de sus pechos o presencia de anemia en la madre.	68	82.93%	14	17.07%		
9. Observo un mayor vínculo afectivo al darle pecho materno a mi bebé	82	100%	0	0		
10. Doy lactancia materna porque es económico y mejora la salud de mi bebe.	72	87.80%	10	12.20%		
11. Realiza limpieza de sus pecho antes y después que amamanta a su bebe.	56	68.29%	14	17.07%	12	14.64%
12. Se coloca al bebe contra su cuerpo y da golpecitos en la espalda cuando tiene cólicos.	78	95.12%	0	0	4	4.88%
13. Si los senos le duelen deja usted de darle pecho materno al niño	18	21.95%	64	78.05%		
14. Si usted se extrae la leche, la guarda en un recipiente tapado para una toma.	48	58.54%	14	17.07%	20	24.39%
Total.						

Fuente: Encuestas previamente estructuradas

Sistema de Evaluación:

Tabla# 12. Score de Conocimiento.

Nivel de Conocimiento	Correctas		Score de Conocimiento
	Frecuencia	Porcentaje	
1	82	100	Buena
2	82	100	buena
3	82	100	Buena
4	32	39.02	Deficiente
5	72	87.80	Bueno
6	56	68.29	Deficiente
7	36	43.90	Deficiente
8	70	85.37	Bueno
9	76	92.68	Bueno
10	44	53.66	Deficiente
11	38	46.34	Deficiente
total	Bueno	Frecuencia	6
		Porcentaje	54.55
	Medio	Frecuencia	0
		Porcentaje	0
	Deficiente	Frecuencia	5
		Porcentaje	45.45

Fuente: Tabla #9

Tabla #13.Score de Actitud.

Actitud.	Correctas		Score de Actitud
	Frecuencia	Porcentaje	
1	82	100	Favorable
2	82	100	Favorable
3	82	100	Favorable
4	64	78.05	Favorable
5	70	85.37	Favorable
6	76	92.68	Favorable
7	52	63.41	Desfavorable
8	52	63.41	Desfavorable
9	74	90.24	Favorable
10	54	65.85	Desfavorable
total	Favorable	Frecuencia	7
		Porcentaje	70.00
	Desfavorable	Frecuencia	3
		Porcentaje	30

Fuente: Tabla #10

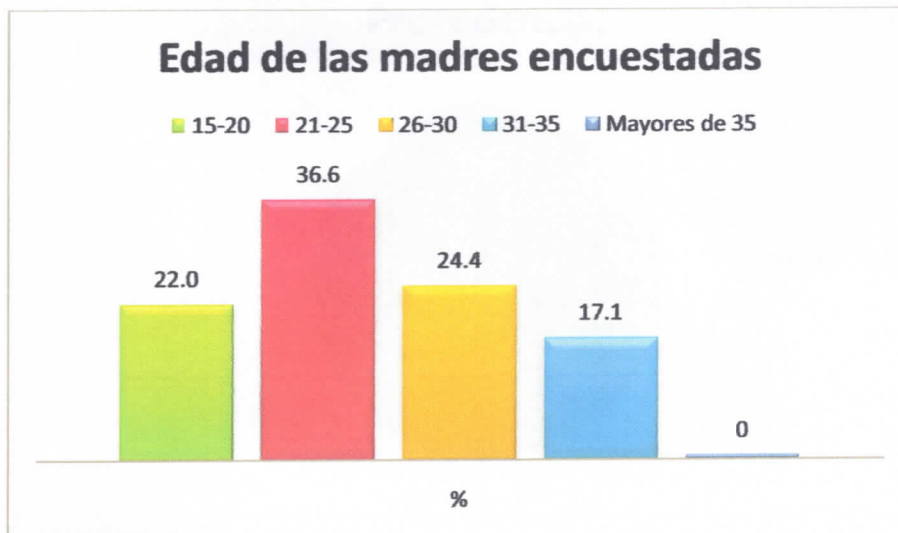
Tabla #14. Score de Practica.

Practica	Correctas		Score de Practica
	Frecuencia	Porcentaje	
1	82	100	Adecuada
2	82	100	Adecuada
3	72	87.80	Adecuada
4	76	92.68	Adecuada
5	62	75.61	Adecuada
6	76	92.68	Adecuada
7	54	65.85	Inadecuada
8	68	83	Adecuada
9	82	100	Adecuada
10	72	87.80	Adecuada
11	56	68.29	Inadecuada
12	78	95.12	Adecuada
13	64	78.05	Adecuada
14	48	58.54	Inadecuada
total	Adecuada	Frecuencia	11
		Porcentaje	78.57
	Inadecuada	Frecuencia	3
		Porcentaje	21.43

Fuente: tabla # 11

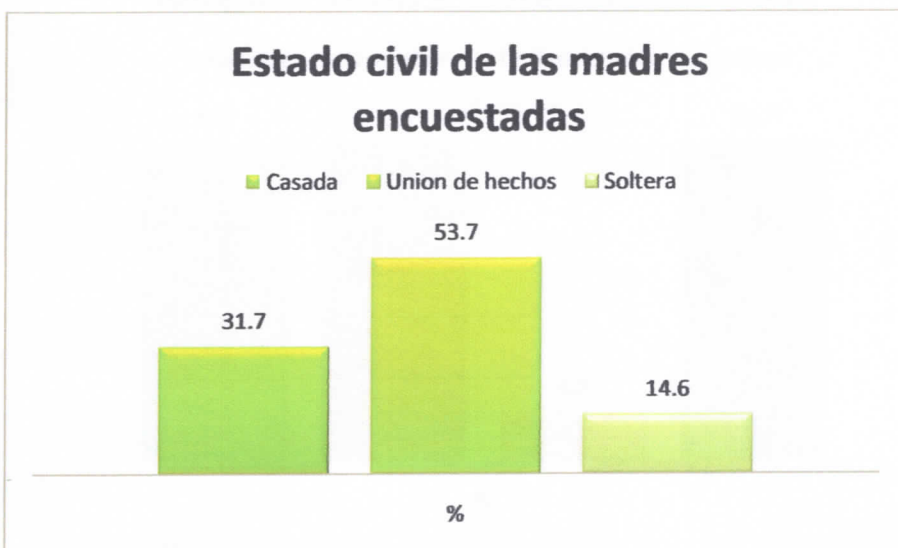
14.3 Gráficos

Gráfico #1. Edad de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016



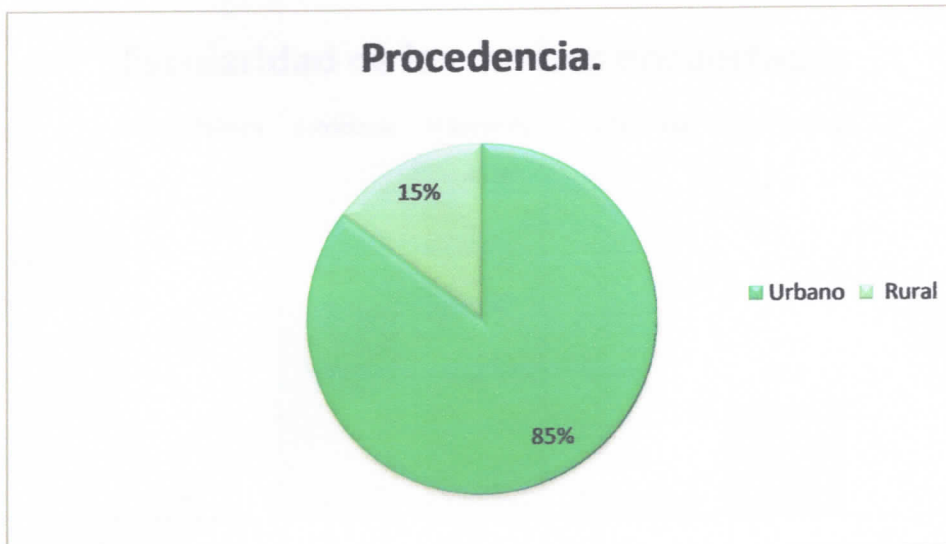
Fuente: Tabla #1

Gráfico #2. Estado civil de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.



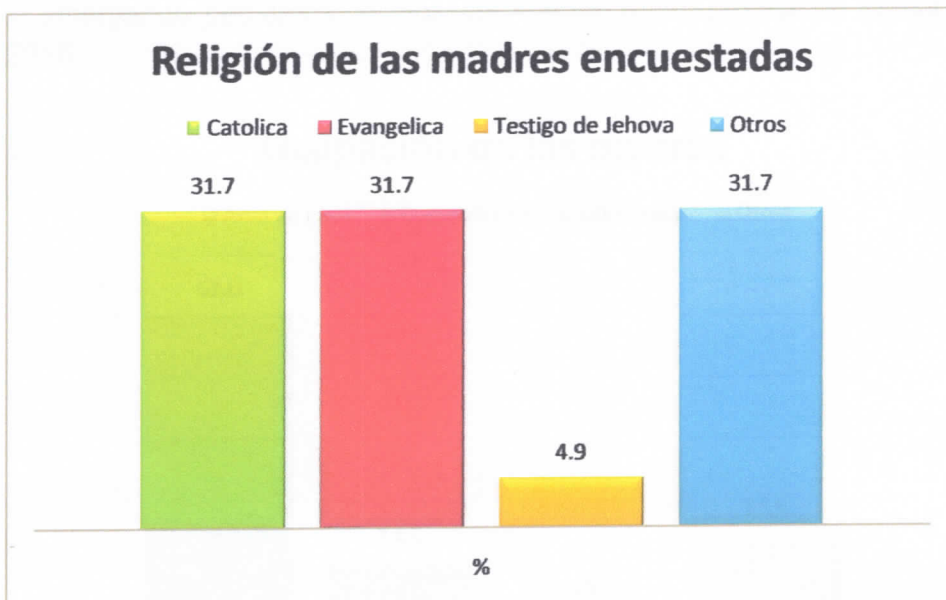
Fuente: Tabla #2

Gráfico #3. Procedencia de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.



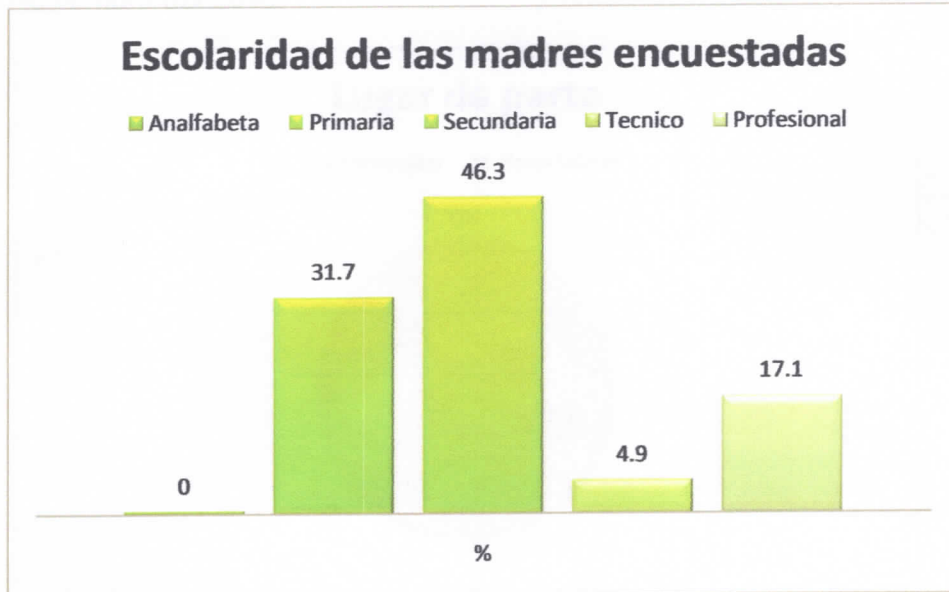
Fuente: Tabla # 3

Gráfico #4. Religión de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.



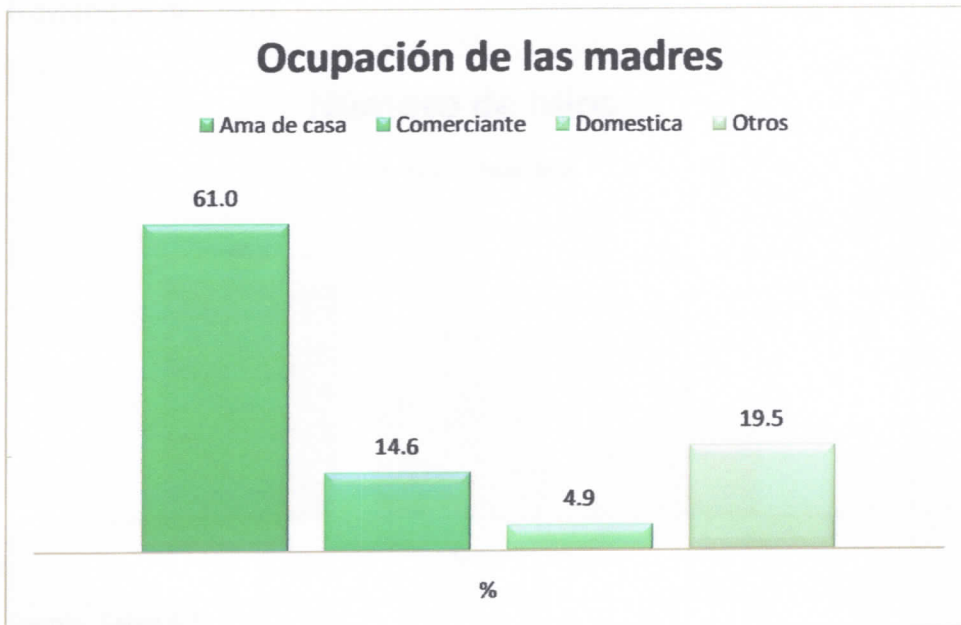
Fuente: Tabla # 4

Gráfico #5. Escolaridad de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.



Fuente: Tabla # 5

Gráfico #6. Ocupación de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.



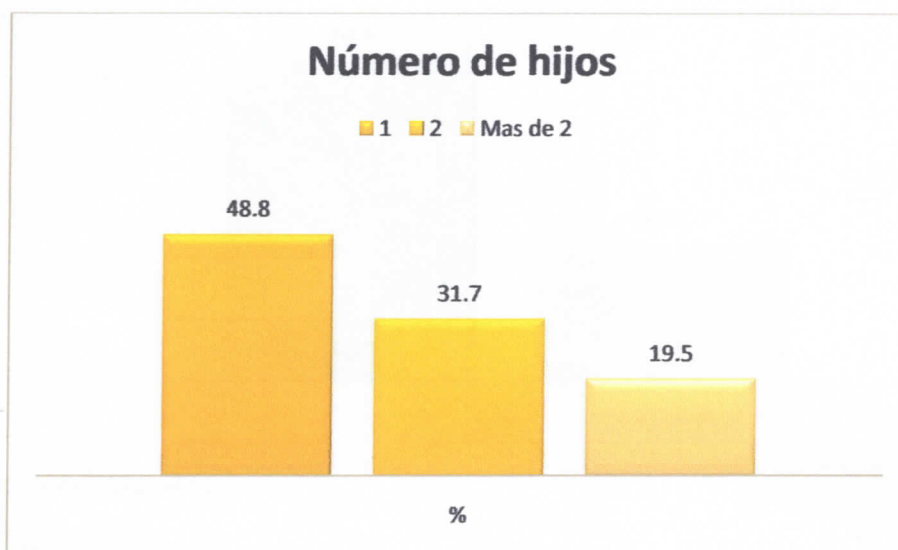
Fuente: Tabla # 6

Gráfico #7. Lugar de atención del parto de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.



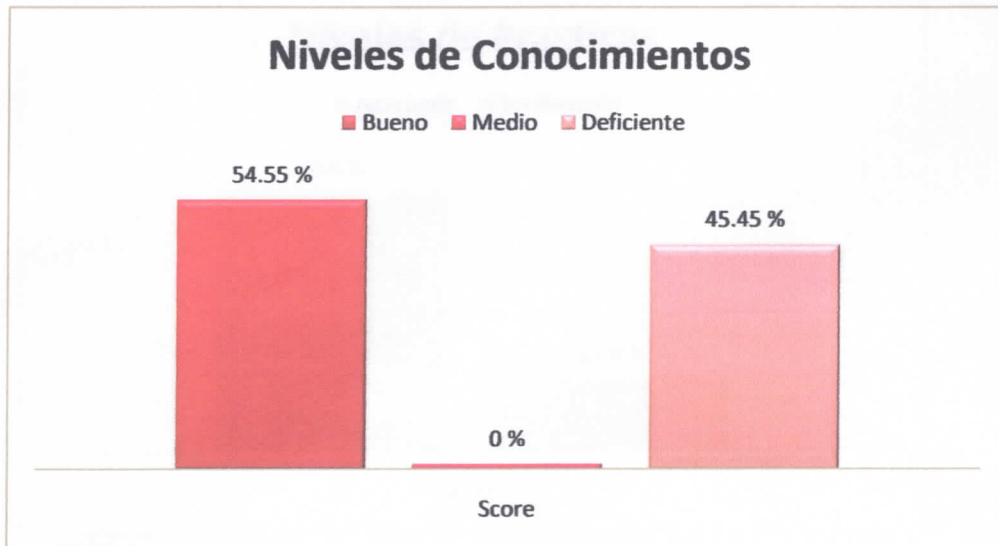
Fuente: Tabla # 7

Gráfico #8. Número de hijos de las madres de niños menores de un año que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Alemán Nicaragüense en Noviembre del 2016.



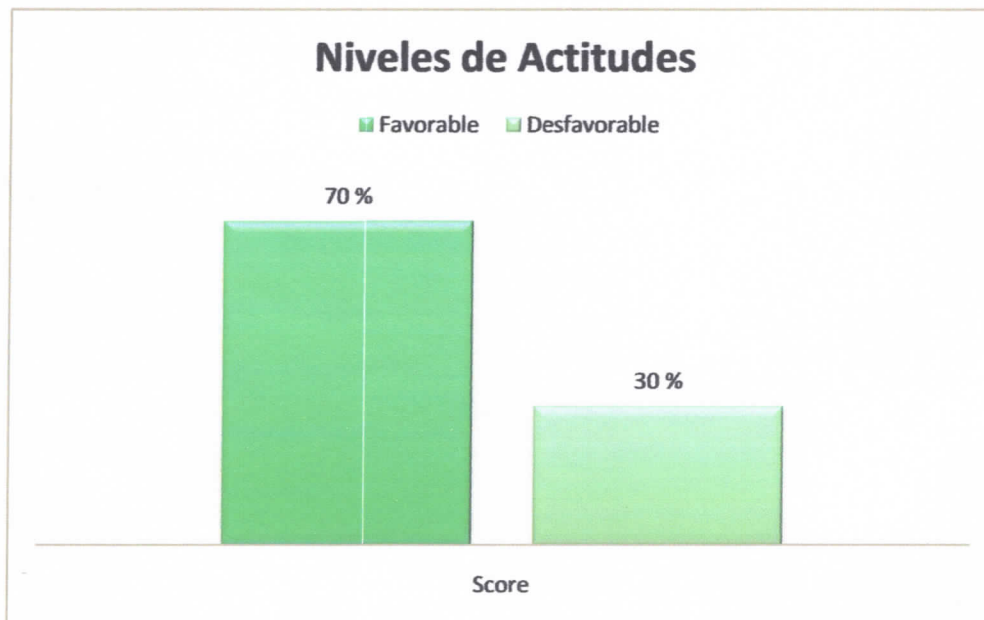
Fuente: Tabla # 8

Gráfico # 9. Score de Conocimiento.



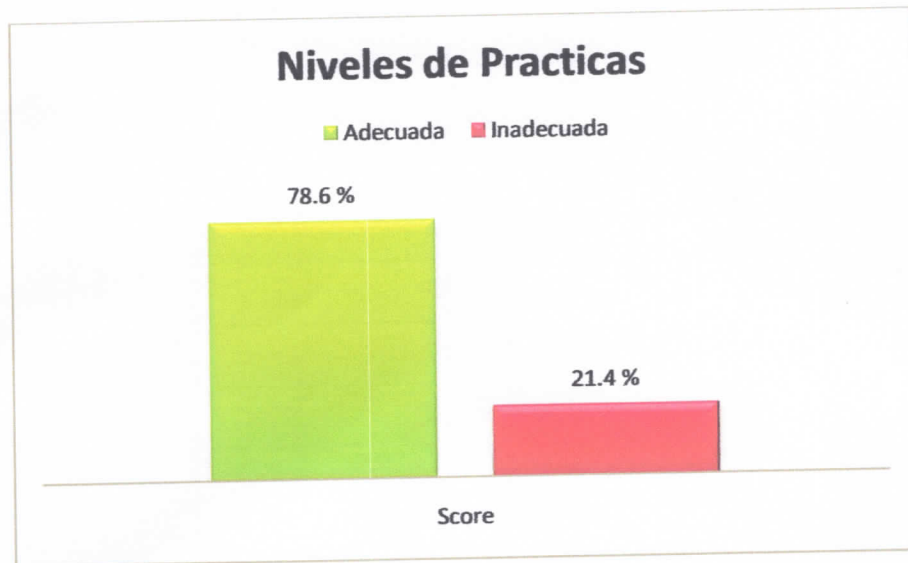
Fuente: Tabla # 12

Gráfico # 10: Score de Actitudes



Fuente: Tabla # 13

Gráfico # 11: Score de Prácticas



Fuente: Tabla # 14